

Maria Salete Bessa Jorge
Ilse Maria Tigre Arruda Leitão
Indara Cavalcante Bezerra
(Organizadoras)

PRODUÇÃO DE SABERES E NOVAS PRÁTICAS EM SAÚDE COLETIVA

PESQUISAS EM SAÚDE COLETIVA

1ª Edição

Fortaleza - CE

2017



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

REITOR

José Jackson Coelho Sampaio

VICE-REITOR

Hidelbrando dos Santos Soares

EDITORA DA UECE

Erasmio Miessa Ruiz

CONSELHO EDITORIAL

Antônio Luciano Pontes	Lucili Grangeiro Cortez
Eduardo Diatahy Bezerra de Menezes	Luiz Cruz Lima
Emanuel Ângelo da Rocha Fragozo	Manfredo Ramos
Francisco Horácio da Silva Frota	Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Francisco Josênio Camelo Parente	Marcony Silva Cunha
Gisafran Nazareno Mota Jucá	Maria do Socorro Ferreira Osterne
José Ferreira Nunes	Maria Salete Bessa Jorge
Liduina Farias Almeida da Costa	Silvia Maria Nóbrega-Therrien

CONSELHO CONSULTIVO

Antônio Torres Montenegro UFPE	Maria do Socorro Silva Aragão UFC
Eliane P. Zamith Brito FGV	Maria Lírida Callou de Araújo e Mendonça UNIFOR
Homero Santiago USP	Pierre Salama Universidade de Paris VIII
Ieda Maria Alves USP	Romeu Gomes FIOCRUZ
Manuel Domingos Neto UFF	Túlio Batista Franco UFF

Maria Salete Bessa Jorge
Ilse Maria Tigre Arruda Leitão
Indara Cavalcante Bezerra
(Organizadoras)

PRODUÇÃO DE SABERES E NOVAS PRÁTICAS EM SAÚDE COLETIVA

PESQUISAS EM SAÚDE COLETIVA

1ª Edição
Fortaleza - CE
2017



**PRODUÇÃO DE SABERES E NOVAS PRÁTICAS EM SAÚDE COLETIVA :
PESQUISAS EM SAÚDE COLETIVA**

© 2017 *Copyright by* Maria Salete Bessa Jorge, Ilse Maria Tigre Arruda Leitão e Indara Cavalcante Bezerra

Impresso no Brasil / Printed in Brazil
Efetuado depósito legal na Biblioteca Nacional

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

Editora da Universidade Estadual do Ceará – EdUECE
Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Reitoria – Fortaleza – Ceará
CEP: 60714-903 – Tel: (085) 3101-9893
www.uece.br/eduece – E-mail: eduece@uece.br

Editora filiada à



Coordenação Editorial

Erasmus Miessa Ruiz

Diagramação e Capa

Narcelio Lopes

Revisão de Texto

Lorna Etiene Castelo Branco Reis

Ficha Catalográfica

Lúcia Oliveira CRB - 3/304

J82p

Jorge, Maria Salete Bessa

Produção de saberes e novas práticas em saúde coletiva: pesquisas em saúde coletiva [Recurso eletrônico]/ Maria Salete Bessa Jorge, Ilse Maria Tigre Arruda Leitão, Indara Cavalcante Bezerra. - Fortaleza: EdUECE, 2017. 410.

ISBN: 978-85-7826-584-7

1. Saúde coletiva. 2. Ciências da saúde. 3. Ciências da saúde - Pesquisa. 4. Atenção em saúde. I. Leitão, Ilse Maria Tigre Arruda. II. Bezerra, Indara Cavalcante. III. Título.

CDD: 610

PREFÁCIO

A presente obra possibilita ao leitor refletir sobre o compromisso da Saúde Coletiva em produzir saberes articulados com novas práticas em saúde, gestados no solo fértil da pesquisa. Prestes a completar quatro décadas de institucionalização, a Saúde Coletiva mantém-se fiel ao seu projeto de instaurar uma forma original de promover saúde à população.

Fundamentada numa concepção transdisciplinar, a Saúde Coletiva exige articulação diuturna entre prática e teoria, assim compreende-se que intervenção e pesquisa devem ser dialeticamente construídas. O reconhecimento de que deve haver uma relação necessária entre intervenção e investigação, pressupõe a melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

Os capítulos que encabeçam essa coletânea destacam os desafios da avaliação em saúde numa perspectiva plural, sinalizando a pertinência desse processo para o campo da Saúde Coletiva, ao mesmo tempo em que constata que a pesquisa configura uma oportunidade privilegiada para avaliar.

A segunda parte do livro atesta a abrangência e complexidade prática e teórico-metodológica do campo, ratificando o pressuposto de que a pesquisa funciona como fiadora das boas práticas em saúde. O destaque reservado à saúde mental, na última parte, assinala a dimensão que os problemas têm alcançado nessa esfera. Por fim, cabe reco-

nhecer que, a instauração de um círculo virtuoso em saúde se consolida na medida em que a produção de saberes inaugura novas práticas e que estas suscitam novas pesquisas.

Rosendo Freitas de Amorim

Professor do Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva da UNIFOR

INTRODUÇÃO

PESQUISAS EM SAÚDE COLETIVA: UM PANORAMA ACERCADAS PRODUÇÕES ACADÊMICAS

Ilse Maria Tigre Arruda Leitão

Indara Cavalcante Bezerra

Maria Salete Bessa Jorge

A Coletânea apresentada neste livro, acerca de impressões e considerações, procede-se no decorrer de 17 capítulos trazidos ao conhecimento por pesquisadores da Saúde Coletiva. Para tal leitura, reforçamos a premissa de que os limites do conhecimento de todo pesquisador derivam da curiosidade, dos instrumentos de exploração, e da realidade em que esse pesquisador se insere, como rios de ideias em constante transformação.

Trinta e um autores pensam e se expressam em estudos, revisões e reflexões acerca de saberes e práticas em saúde coletiva, com o propósito de indagar e desvendar, principalmente, o cuidado nesse âmbito, seguindo os passos do planejar, agir e avaliar. Em seus textos, não limitam seus olhares apenas ao cuidado em si, pois, ao focalizar o cuidado, percorrem um caminho que traz matizes da fundamentação mais ampla da saúde coletiva, dos comportamentos, da sociedade, do ambiente político, econômico e cultural em

que os fatos sucederam e se inscrevem no atual contexto do Sistema Único de Saúde.

Segundo Abatte (2003), a saúde coletiva tem tido como desafio a necessidade de incorporar novas abordagens teórico-metodológicas, sobretudo as que procedem da prática social, valorizando as dimensões do indivíduo e dos pequenos grupos, bem como das representações sociais.

A Coletânea apresenta uma revisão e análise crítica sobre o conhecimento e a *práxis* na saúde coletiva, que passam da discussão das ações do cotidiano e de seus resultados, buscando caminhar pelos modelos de gestão e suas ferramentas, ao enfatizar o método, a prática da avaliação em saúde e a prática social.

O livro apresenta as diversas maneiras pelas quais os pesquisadores experienciam a saúde coletiva e seus equipamentos em serviço da comunidade. Caminha em consonância com os aspectos históricos e conceituais da avaliação em saúde, trazendo olhares plurais em uma complexa (des) construção do contexto da saúde coletiva e finaliza com revelações e reflexões do conhecimento das atitudes e práticas na saúde mental. Levando em consideração as impressões de Luz (2009), no qual a saúde coletiva em sua complexidade permeia tanto suas práticas como seus discursos disciplinares e suas formas de expressões acadêmicas, neles originando um conjunto de mediações de natureza não apenas teóricas (entre as disciplinas que compõem o campo), como política, social e cultural, com saberes disciplinares e diferentes formação e inserção na cultura desses agentes institucionais: docentes, pesquisadores, gestores, profissionais do cuidado, emissores de discursos e normas.

Os autores tiveram o cuidado de levantar dados e compreender investigações, comparando elementos ricos em detalhes subjetivos, comparando visões, opiniões, umas acatadas e outras que levaram às reflexões, além de que buscaram aprofundar os estudos com ênfase em dados epidemiológicos e estatísticos. Percebe-se o cuidado na organização da Coletânea, com relevante referencial bibliográfico e resultados inéditos.

Observa-se, também, que os estudos buscam introduzir componentes, dispositivos e estratégias inovadoras na Gestão em Saúde, focando a gestão do trabalho e das tecnologias assistenciais que merecem observação.

Salienta-se que a inovação tem sido tema recorrente na discussão sobre o desenvolvimento econômico do País e, recentemente, foi introduzido na agenda do Sistema Único de Saúde (SUS) na forma de Subsistema Nacional de Inovação em Saúde (GADELHA, 2012) parte do Sistema de Inovação (CASSIOLATO, 2005).

As atividades inovadoras sejam públicas ou privadas de um país são fortemente influenciadas pela política nacional, bem como a presença e a vitalidade das instituições públicas. Em outras palavras, a inovação depende da intensidade de interação entre o setor privado, as estratégias políticas e as instituições do setor público para tornar o país e as empresas competitivas (BARBOSA, 2006).

Intensifica-se, assim, a necessidade de monitorar e avaliar as políticas de saúde, em aspectos macros e micros, como forma de compreender processos e problemas, assim como subsidiar decisões políticas na alocação de recursos do

SUS. E o uso de dados epidemiológicos é primordial para a melhor decisão. Estudos apresentados como resultados de pesquisa com foco na epidemiologia seja essa referente às prevalências ou mesmo a perfis, fluxos proporcionaram uma visão mais crítica a respeito das condições de vida da população da área de abrangência dos estudos aqui apresentados.

O panorama epidemiológico e demográfico brasileiro passou por grandes modificações. Um dos maiores desafios é o fenômeno do envelhecimento demográfico, que trouxe mudanças no perfil epidemiológico, com a ampliação da ocorrência de doenças crônico-degenerativas e incapacidades funcionais, além de maior demanda por serviços de saúde e consumo de medicamentos. O aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, das doenças crônicas, vem gerando novas demandas aos serviços de saúde, em especial na atenção básica de caráter interdisciplinar (FARIA; ALVES, 2015).

Esse conjunto de aspectos, tanto em relação à reorganização do atendimento à saúde como aos processos de trabalho em saúde, desencadeou o redirecionamento da produção acadêmica. Fazendo-se uma leitura interpretativa dos resultados encontrados nos dezessete capítulos apresentados neste livro, foi possível constatar a realidade de que o SUS tem tomado para si o papel ativo na reorientação das estratégias e modelos de assistência e gestão, revelando uma estrutura de condução das políticas, a gerência do sistema e a organização do cuidado dos coletivos.

O livro destaca-se pela produção de estudos de grande relevância para a comunidade acadêmica, assistência e gerencial da saúde. Os estudos apresentados nesta Coletânea

representam a variedade, o alcance e a importância da produção científica do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva-PPSAC, em que busca desenvolver pesquisas integrando as atividades acadêmicas e as necessidades regionais de saúde.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, D. B.; BARBOSA, A. B. N. Direito da inovação: (comentários à lei no. 10.973/2004: lei federal da inovação). **Lumen Juris**. 2006.

CASSIOLATO, J. E.; LASTRES, H. M. M. **Discussing innovation and development: converging points between the Latin American scholl and the innovation Systems perspective?** Acesso em: 03 de jul. 2017.

FARIA, L. R.; ALVES, C. A. O cuidado na atenção primária à saúde: preliminares de um estudo comparativo Brasil/ Canadá. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 24, n. 1, p. 72-85, 2015.

GADELHA, C. A. G.; MALDONADO, J. M. S. V.; COSTA, L. S. O complexo produtivo da saúde e sua relação com o desenvolvimento: um olhar sobre a dinâmica da inovação em saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 209-37, 2012.

L'ABATTE,S. A análise institucional e a saúde coletiva.**Ciencia& Saúde Coletiva**. 8(1):265-274,2003.

LUZ, M.T. Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 18, n. 2, p. 304-311, 2009.

PREFÁCIO	5
-----------------------	----------

INTRODUÇÃO	7
-------------------------	----------

PESQUISAS EM SAÚDE COLETIVA: UM PANORAMA ACERCA- DAS PRODUÇÕES ACADÊMICAS

Ilse Maria Tigre Arruda Leitão, Indara Cavalcante Bezerra e Maria Salete Bessa Jorge

PARTE 1

AVALIAÇÃO EM SAÚDE: OLHARES PLURAIS

CAPÍTULO 1	17
-------------------------	-----------

PESQUISA AVALIATIVA EM SAÚDE: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS

Indara Cavalcante Bezerra e Maria Salete Bessa Jorge

CAPÍTULO 2	36
-------------------------	-----------

AVALIAÇÃO PARA FORMAÇÃO EM SAÚDE SOB O BOJO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Fiama Kecia Silveira eófilo, Fernando Virgilio Albuquerque de Oliveira, Katherine Gerônimo Lima, Thais Luna Alencar Arararipe Lessa e Mauro Serapioni

CAPÍTULO 3	51
-------------------------	-----------

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO ONCOLÓGICA NO PANORAMA BRA- SILEIRO

Thais Luna Alencar Arararipe Lessa, Fiama Kercia Silveira Teófilo e Mauro Serapioni

CAPÍTULO 4	60
-------------------------	-----------

AVALIAÇÃO EM SAÚDE:REVISÃO A PARTIR DA PESQUISA AVA- LIATIVA DA INTERVENÇÃO ECOBIOSSOCIAL NO CONTROLE DO *Aedes Aegypti*

Joana Mary B. Soares e Andrea Caprara

PARTE 2

CUIDADO EM SAÚDE: VIVÊNCIAS NA COLETIVIDADE

CAPÍTULO 5 107

TER DOENÇA FALCIFORME: O SIGNIFICADO NAS MÃOS E VOZES DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Lívia Lopes Custódio, Ilvana Lima Verde Gomes, Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão e Layza Castelo Branco Mendes

CAPÍTULO 6 130

USO DE PLANTAS MEDICINAIS POR GRÁVIDAS: BENEFÍCIOS E PERIGOS DESSA PRÁTICA

Letícia de Araújo Almeida, Cybelle Façanha Barreto Medeiros Linard e José Wellington de Oliveira

CAPÍTULO 7 157

A RELIGIOSIDADE NA EXPERIÊNCIA DE ADOECIMENTO E PRODUÇÃO DE CUIDADO ONCOLÓGICO: CARTOGRAFIAS DE MULHERES QUE VIVENCIAM O CÂNCER

Mariana Pompílio Gomes Cabral, Evelyne Viana de Franca, Tulio Batista Franco e Maria Salete Bessa Jorge

CAPÍTULO 9 181

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE MÃES DE CRIANÇAS COM CÂNCER: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Márcia Shirley Meneses e Ana Valeska Siebra e Silva

CAPÍTULO 10 195

PREVALÊNCIA DE DOENÇA RENAL CRÔNICA EM PACIENTES HIPERTENSOS E/OU DIABÉTICOS EM UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE NUMA CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO

Larissa Alves Alexandre Moliterno e Paula Frassinetti Castelo Brando Camurça Fernandes

CAPÍTULO 11 224

HEMOGRAMA DE PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NA PERSPECTIVA DA PREVENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE PÚBLICA

João Paulo Camelo Menezes e Pedro Braga Neto

CAPÍTULO 12 237

PERFIL DAS PRESCRIÇÕES ATENDIDAS EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO DE PACIENTES SOROPOSITIVO DE UM HOSPITAL ESPECIALIZADO DE FORTALEZA

Francisca Geisa de Souza Passos, Sônia Samara Fonseca de Moraes e Marcelo Gurgel Carlos da Silva

CAPÍTULO 13 256

FLUXOS E CONEXÕES DA REDE CEGONHA: EXPERIÊNCIA DE UMA CAPITAL NORDESTINA

Maria Raquel Rodrigues Carvalho, Monalisa Rodrigues da Cruz, Diego da Silva Me-deiros e Maria Salete Bessa Jorge

PARTE 3

CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

CAPÍTULO 14 272

TENSÕES RADICADAS NAS DIMENSÕES ESTIGMATIZANTES: "DOENÇA MENTAL CRÔNICA" *VERSUS* "ADOECIMENTO PSÍQUICO DE LONGA CONVIVÊNCIA"

Fernando Sérgio Pereira de Sousa e Maria Salete Bessa Jorge

CAPÍTULO 15 290

“A GENTE FICA PRA LÁ E PRA CÁ, SE CANSA, SE DESGASTA”: A ARTICULAÇÃO ENTRE OS SABERES E PRÁTICAS NA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

Carliene Bezerra da Costa e Maria Salete Bessa Jorge

CAPÍTULO 16 316

PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE NA ASSISTÊNCIA A ADOLESCENTES USUÁRIOS DE CRACK

Lourdes Suelen Pontes Costa, Maria Salete Bessa Jorge e Paulo Henrique Dias Quinderé

CAPÍTULO 17 341

“PORQUE EU ACHAVA QUE UMA PESSOA PRECISAVA SÓ DUM REMÉDIO PRA PASSAR UMA DOR”: POTENCIALIDADES PRODUZIDAS PELO CURSO DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE PARA REFLEXÃO SOBRE A PRÁTICA

Débora Samara Guimarães Dantas e Maria Rocineide Ferreira da Silva

CAPÍTULO 18 361

(RE)CONSTRUINDO TRAJETÓRIAS DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS E FAZEM USO DE CRACK: A PROPOSTA METODOLÓGICA DO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO

Jhennifer de Souza Góis, Cybelle Façanha Barreto Medeiros Linard, Maria Salete Bessa Jorge e Roberta Sampaio De Brito Mamede

ORGANIZADORES 396

AUTORES COLABORADORES 397



PARTE 1:

AVALIAÇÃO EM SAÚDE: OLHARES PLURAIS

PESQUISA AVALIATIVA EM SAÚDE: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS

Indara Cavalcante Bezerra

Maria Salete Bessa Jorge

O processo de avaliação vem passando por diversas modificações nos últimos anos, desde sua estrutura, ou seja, seus instrumentos utilizados para avaliar, até a própria característica que o avaliador deve possuir durante a aplicação e o desenvolvimento da avaliação. Segundo Sá e Moysés (2009), os processos avaliativos vão fazer parte de uma ação reflexiva do homem a respeito de um determinado sujeito-objeto, sendo assim, uma oportunidade de aprendizagem capaz de induzir mudanças e consolidar práticas dentro de um determinado contexto de estudo.

Processos avaliativos podem dar suporte à construção de melhores práticas em políticas públicas ou intervenções sociais, produzindo e sistematizando conhecimentos, respondendo às demandas por novos referenciais com alternativas conceituais e propostas de intervenções indutoras de mudanças [...]. Além disso, a avaliação pode fortalecer habilidades e capacidades para a tomada de decisão informada,

oportunizada por reflexões e aprendizagens de indivíduos e grupos envolvidos (SÁ; MOYSÉS, p. 29, 2009).

Ao buscar uma aproximação com o campo da avaliação, relacionada à opinião de teóricos que tratem sobre os conceitos clássicos da utilização da avaliação como referenciais teórico-metodológicos no campo da saúde, foi realizada uma busca na literatura nacional e internacional. Oito artigos foram selecionados de acordo com a pertinência e o interesse do tema para aplicabilidade na presente investigação. A tabela 1 apresenta, de forma sucinta, os artigos selecionados que formaram o corpo de discussão que consolidou o referencial teórico da avaliação utilizado no presente capítulo, os quais estão dispostos em ordem cronológica crescente de publicação, informando os autores, o periódico responsável pela publicação, os objetivos e uma breve descrição do texto.

Com efeito, pode-se considerar que a prática da avaliação é um instrumento com dimensões políticas e sociais, uma vez que seu processo culmina com a elaboração de um julgamento, a partir de critérios específicos de análise, e de uma determinada ação a fim de trazer melhorias para os processos de aprendizagem e estimular o desenvolvimento de pessoas e organizações a buscarem esse método para transformar as práticas e construir novos parâmetros (GASPARINI; FURTADO, 2014).

Nesse sentido, as práticas de saúde podem e devem ser alvo de avaliações nos seus mais diversos âmbitos, sendo uma grande preocupação dos gestores em geral. Embora já se delonguem as discussões sobre a temática avaliativa, a

necessidade de institucionalizar a avaliação mostra-se como necessidade urgente (LIMA; SILVA, 2011).

Uma crescente consolidação da avaliação no âmbito da gestão e da administração pública tem sido percebida como fenômeno ocorrido no mundo há pelo menos cinco décadas. No Brasil, essa consolidação inicia lentamente e começa a ter contornos mais nítidos, no sentido de 'vir a ser' uma prática institucional e institucionalizada, o que tem refletido na produção literária (FERNANDES; RIBEIRO; MOREIRA, 2011).

Conceitualmente, Serapioni, Lopes e Silva (2013) encontraram três elementos que aproximam a definição de avaliação, a qual emerge de um consenso internacional entre os maiores estudiosos de avaliação em saúde. Esses aspectos fundamentam os processos avaliativos que são: formar juízo de valor de uma intervenção que visa modificar a realidade social das comunidades; ênfase na sistematicidade e rigurosidade sobre os procedimentos de apreensão das informações; ênfase na avaliação como ferramenta indispensável para a tomada de decisão.

Historicamente, a preocupação com a avaliação nasce a partir da percepção da escassez de recursos, a qual se evidenciou logo após a Segunda Guerra Mundial, onde houve grande avanço tecnológico, juntamente com a elevação de seus custos e a conseqüente incorporação desta tecnologia ao setor saúde. A estratégia de resposta a esse novo contexto foi a contenção de despesas. Bosi; Uchimura (2010) relatam, "Enquanto este tema dominava os agentes de política em saúde em muitos países, os profissionais de saúde come-

çaram a enfatizar a necessidade de avaliar os resultados de suas práticas”. A partir de então, se inicia a grande preocupação em estabelecer processos avaliativos.

No campo da saúde, a avaliação ganha espaço especialmente na década de 50, decorrente do aumento dos gastos em saúde e, principalmente, quando há responsabilização dos estados em arcar com esses custos. Dessa forma, a avaliação tem suas primeiras atividades desenvolvidas através da epidemiologia médica, com vistas a comprovar ou refutar a eficácia terapêutica de procedimentos (LIMA; SILVA, 2011).

Na década de 60, a expansão dos serviços de saúde ampliou a necessidade de se avaliar, com o intuito de obter serviços de boa qualidade a um custo mais baixo. Essa prática era mais frequentemente realizada por especialistas americanos nos serviços públicos, que visavam à máxima redução de seus gastos, mantendo uma qualidade aceitável, o que condizia com os interesses do capital (NOVAES, 2000).

Com o passar dos anos, a avaliação vai assumindo novas conformações. Na década de 80 deixa de ser uma “avaliação metodologicamente orientada” para se tornar uma “avaliação orientada pela teoria”, superando as chamadas *black box evaluations* (ou avaliações de caixa preta), que desconsideravam os contextos políticos e organizacionais em que se davam as intervenções sob exame (LIMA e SILVA, 2011). Entretanto, no Brasil, apesar da distensão política em curso, ainda vivia-se sob tutela de um Estado autoritário, avesso a submeter suas incipientes políticas sociais à avaliação ou a qualquer outro tipo de análise (GASPARINI; FURTADO, 2014).

Tabela 1. Seleção de artigos para aproximação com o tema da avaliação

Artigo e Periódico	Objetivos	Descrição Breve
SAUNDERS, M. Review: utilization-Focused Evaluation: The New Century Text. Evaluation , 1998, 4: 234.	Discutir a 3ª edição do livro de Patton (1987), sublinhando a estrutura e a forma como Patton com sua experiência de 25 anos trabalha com avaliação em diversas áreas, tanto pública como privada.	A revisão explica a estrutura do livro do Patton, seus temas centrais, o estilo do autor, etc, trazendo conceitos sobre a utilização/ação focada na avaliação. Este é um processo de tomar decisões [...] em colaboração com um grupo identificado de usuários focando na concepção deles de avaliação.
HARTZ, Z. M. A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. Ciênc. saúde coletiva , v. 4, n. 2, p. 341-53, 1999.	Levantar problemas conceituais e operacionais que emergem do relato de avaliadores, bem como buscar alternativas de equacionamento com destaque para a saúde.	O texto reflete sobre a importância de se fomentar uma pesquisa avaliativa voltada para a construção de evidências científicas em saúde pública e suas implicações para a formação de avaliadores.
NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Rev. Saúde Pública , São Paulo, v. 34, n. 5, Oct. 2000.	Identificar os critérios nucleares que organizam os processos de avaliação, articulando-os com os recortes adotados pelas principais tipologias de avaliação (avaliação de programas, avaliação e garantia de qualidade em serviços e avaliação de tecnologias).	A autora discute as condições e o contexto em que foi construída a articulação entre as condições de produção e de utilização de seu conhecimento, através da revisão de literatura da década de 90, no sentido de construir tipologias e categorias de análise mais gerais. Na discussão inserem-se conceitos e métodos de avaliação em saúde para os diversos objetos (tecnologias, programas de saúde, gestão e garantia da qualidade).

<p>WIDDERSHOVEN, G. A. M. Dialogue in Evaluation: A Hermeneutic Perspective. Evaluation. Vol. 7 no. 2, 253-263, April, 2001.</p>	<p>Discutir a importância da hermenêutica como arte da compreensão da vida humana e sua interface com pesquisas avaliativas.</p>	<p>A partir de uma perspectiva hermenêutica, o diálogo implica consenso, com base em significados compartilhados e orientados para a obtenção de um acordo. Diálogo implica também discordância, sob a forma de um conflito entre diferentes histórias de vida. O papel do avaliador é dialogar com as pessoas que participam e fazem acontecer a prática. Também é estimular o diálogo entre os participantes, no sentido de promover a escuta não só para vozes marginalizadas, mas também para as vozes daqueles que estão no poder. O avaliador deve buscar compreender os valores existentes em uma prática e está preparado para ouvir as histórias de todas as partes envolvidas, para que a prática da avaliação tenha a contribuição de todos os envolvidos.</p>
<p>CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. Ciênc. saúde coletiva, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.</p>	<p>Abordar os desafios em torno da necessidade de conceber e implantar uma cultura de avaliação e discutir as relações e diferenças entre pesquisa avaliativa, avaliação normativa e tomada de decisão.</p>	<p>A avaliação deve estar orientada para a ação, criando a oportunidade de aprendizado diversificado, participativo, não hierárquico, portador de sentido, interdisciplinar, válido, prospectivo e democrático. Na prática, no entanto, ainda não se dispõe da liderança, das competências, dos métodos e dos meios necessários para institucionalizar este tipo de avaliação.</p>
<p>BROUSSELE, A.; CONTANDRIOPOULOS, D. Using Logic Analysis to Evaluate Knowledge Transfer Initiatives: The Case of the Research Collective on the Organization of Primary Care Services. Evaluation, Vol. 15 no. 2165-183, 2009.</p>	<p>Apresentar o caso da avaliação da Pesquisa Coletiva sobre a Organização dos Serviços de Atenção Básica, uma experiência inovadora em síntese e transferência de conhecimentos.</p>	<p>Este artigo demonstra como a análise lógica provou ser um método de avaliação útil para avaliar o potencial de utilização de iniciativas de transferência de conhecimento. As conclusões incidem não só sobre o potencial de utilização dos resultados vindos da Investigação Coletiva, mas também sobre o quadro teórico utilizado, a fim de facilitar a sua aplicação para a avaliação de outras iniciativas de transferência de conhecimento.</p>

<p>FURTADO, J. P et al. A elaboração participativa de indicadores para a avaliação em saúde mental. Ca- dernos de Saúde Pública, 29(1), 102-110, 2013.</p>	<p>Discutir sobre a elaboração participativa de indicadores em saúde mental, dirigidos aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).</p>	<p>A inserção de diferentes grupos de interesses em pesquisas avaliativas, genericamente referida como “avaliação participativa” é, frequentemente, citada na literatura especializada. No entanto, faltam discussões de base empírica sobre os modos de operar e, sobretudo, qualificar a referida participação. A criação de espaços para a qualificação da participação, por meio de curso e outros trabalhos coletivos, mostrou-se eficaz na garantia de efetiva participação nos vários níveis do processo, como definição de questões, pré-testes dos indicadores e análise dos dados, além de estimular apropriação do produto final pelos participantes.</p>
<p>GASPARINI, M. F. V.; FURTADO, J. P. Avaliação de Programas e Serviços Sociais no Brasil: uma análise das práticas no contexto atual. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 117, 2014.</p>	<p>Elucidar as formas como a avaliação de programas e serviços sociais vem sendo constituída no Brasil, por meio de uma revisão sistemática nas principais bases de dados nacionais.</p>	<p>A avaliação de programas e serviços na área social se alinha com preocupações que vão além da produção de conhecimento descompromissado, de dados quantitativos e de relatórios técnicos. O fato de os processos avaliativos analisados neste estudo caracterizarem-se predominantemente enquanto pesquisas avaliativas, realizadas por avaliadores externos e inseridos nos espaços acadêmicos, demanda maior comprometimento por parte dos avaliadores em direcionar o resultado de seus trabalhos aos gestores dos programas. O conhecimento gerado a partir desses processos avaliativos deve extrapolar os canais acadêmicos e científicos e buscar influenciar a tomada de decisão.</p>

Observa-se, pois, que desde seu surgimento até a década de 80, o objetivo primordial da avaliação é o de reduzir os custos em saúde, mas a partir da década de 90 ela passa a abranger um novo foco, a satisfação do usuário. Saber qual a percepção e o impacto que a oferta de cuidado poderia exer-

cer no cotidiano dos indivíduos passou a ser considerado, fato intimamente ligado à expansão da ideia de bem-estar social. Novaes (2000) ao realizar uma revisão de literatura especializada sobre o tema da avaliação na década de 90, traz conceitos e métodos para a construção de tipologias, conforme está resumido na tabela a seguir.

Tabela – Caracterização de tipos de avaliação segundo critérios selecionados.

Critérios	Investigação avaliativa	Avaliação para decisão	Avaliação para gestão
Objetivo	Conhecimento	Tomada de decisão	Aprimoramentos
Posição do avaliador	Externo (ítemo)	Interno/externo	Interno/externo
Enfoque priorizado	Impactos	Caracterização/ compreensão	Caracterização/ quantificação
Metodologia dominante	Quantitativo (qualitativo) experimental/ quasi-experimental	Qualitativo e quantitativo situacional	Quantitativo e qualitativo situacional
Contexto	Controlado	Natural	Natural
Utilização da informação	Demonstração	Informação	Instrumentos para gestão
Juízo formulado em relação à temporalidade	Hipóteses Pontual/replicado	Recomendações Corrente/pontual	Normas Integrado/contínuo

Fonte: NOVAES, 2000.

Para Gasparini e Furtado (2014), a expansão da avaliação de políticas sociais, no Brasil, está relacionada, em grande parte, à necessidade de acompanhamento dos investimentos realizados por financiadores e órgãos internacionais. O fomento à avaliação, presente nos contratos e na política dessas instituições, é dirigido ao conjunto dos países do ‘terceiro mundo’, justificada pela busca de melhoria da gestão pública e prestação de contas aos gestores e à população. Atribui-se, ainda, à avaliação o potencial de se converter em um importante instrumento democrático de controle da gestão pública, tanto para os governantes quanto para o conjunto da sociedade civil no que tange ao controle dos recursos e ações do Estado.

No âmbito do sistema de saúde brasileiro, desde 2003 vem sendo promovida uma política de institucionalização da avaliação, onde o Ministério da Saúde ocupa lugar central nesse processo, promovendo, como exemplo, a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica e o Comitê Nacional de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde (SERAPIONI, LOPES e SILVA, 2013).

Em busca de uma maior compreensão sobre a avaliação e seu desenvolvimento até os dias atuais, Guba e Lincoln (2011) desenharam uma trajetória desde a primeira geração do processo avaliativo até a quarta geração. Segundo eles, a construção da avaliação tornou-se mais fundamentada e esclarecida com o passar dos anos, contribuindo para que as imperfeições visualizadas em uma geração fossem superadas por novos significados atribuídos ao processo avaliativo e incorporados à geração seguinte. Nisso, dentro de cada contexto histórico em que as gerações estavam inseridas, a avaliação passou a contribuir diretamente com o desenvolvimento e aperfeiçoamento de sujeitos para alcançar e consolidar seus determinados objetivos.

Dessa forma, Guba e Lincoln (2011) relatam que a 'primeira geração' é dada como 'Mensuração', vista como um processo de aplicação de testes. Nessa geração, a função do avaliador era apenas técnica, a qual todas as variáveis vistas no processo podiam ser mensuradas. Essa característica de métodos avaliativos por testes persistem até os dias atuais, como exemplo, as admissões universitárias por meio de avaliação-teste.

Como ‘segunda geração’, tem-se a ‘Descrição’. Essa fase surgiu a partir de uma imperfeição visualizada na primeira geração. A segunda geração traz novas características, principalmente pelo diferencial encontrado no contexto histórico, pós-Primeira Guerra Mundial, onde surge a avaliação de programas e o desenvolvimento da avaliação formativa, tendo como foco a separação e a análise das potencialidades e fragilidades de um objeto, levando em conta os seus objetivos. Esse processo vai descrever os pontos fortes e fracos, trazendo para o avaliador a função técnica e descritiva, redefinindo a mensuração (GUBA; LINCOLN, 2011).

Na sequência, a principal contribuição vista pela avaliação de ‘terceira geração’ é a expressão da existência do ‘juízo de valor’. A dependência desse juízo de valor aos critérios de avaliação faz com que o grande marco dessa geração seja a espera que o avaliador classifique algo ou alguém de acordo com padrões/critérios externos. Nesse sentido, o avaliador passa a adquirir característica de técnico, descritor e julgador dentro do processo avaliativo (GUBA; LINCOLN, 2011).

Em complemento, Tanaka e Tamaki (2012), afirmam que a avaliação é, fundamentalmente, marcada por um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou objeto que está sendo avaliado. Nesse sentido, o papel da avaliação visa fornecer elementos que propiciem o aumento da eficiência (relação entre produtos e recursos), da eficácia (atingir os objetivos estabelecidos) e da efetividade (resolver problemas identificados) das atividades desenvolvidas pelo serviço ou pela organização avaliada.

A ‘quarta geração’ de avaliadores seria uma alternativa aos referenciais anteriores, tendo como base uma avaliação

inclusiva e participativa, na qual envolve todos os componentes participantes do processo: gestores, profissionais, usuários, diante de uma lógica construtivista da avaliação (GUBA; LINCOLN, 2011).

A 'quinta geração' já se anuncia, onde há ampliação do escopo e propósitos da avaliação, compreendida como campos de saberes e práticas, no sentido da distribuição do poder e das mudanças sociais. Assim, a avaliação se coloca mediante a participação e a construção de autonomia com os envolvidos e traz o avaliador como mediador tradutor dos processos avaliativos e seus resultados (SERAPIONI, LOPES e SILVA; 2013).

Donabedian (1990), outro importante teórico no tema da avaliação, cria conceitos denominados pilares da qualidade, relacionando custos ao que se pretende atingir, representando uma orientação importante para a prática gerencial. Dentre esses conceitos estão a eficácia que consiste no melhor resultado e na presença abundante de recursos; efetividade que representa o nível de qualidade que pode ser alcançado no dia a dia dos serviços; eficiência, que relaciona excelência e custo; otimização que consiste em extrair o melhor resultado possível de algo e também se relaciona aos recursos; aceitabilidade, que nada mais é do que a aceitação do cuidado ofertado.

Na contemporaneidade, o debate e as pesquisas sobre o tema no Brasil são intensos. O Ministério da Saúde tem procurado fazer uso de pesquisas avaliativas a fim de produzir insumos teóricos que direcionem a criação de políticas públicas em saúde, caminhando para a institucionalização

da avaliação em saúde (LIMA; SILVA, 2011). Gasparini e Furtado (2014), descrevem de forma clara a conjectura governamental dos processos avaliativos no Brasil:

Nos últimos anos, importantes avanços foram dados na área da avaliação de programas e serviços sociais no sentido de institucionalizar suas ações, sobretudo por meio de um conjunto de aparatos legislativos no campo da assistência social. O advento da Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004) ressalta a importância dos campos de informação, monitoramento e avaliação de políticas sociais, atribuindo-lhes um sentido mais técnico e político. A PNAS traz em seu bojo a preocupação de se implantar em caráter de urgência um sistema de monitoramento e avaliação como parte essencial da consolidação do Sistema Único de Assistência Social - Suas. Esta preocupação é ratificada por intermédio da Norma de Operacionalização Básica do Suas (NOB/Suas), tornando a avaliação e o monitoramento práticas oficiais no conjunto de ações desse sistema. A portaria n. 329, de outubro de 2006, institui e regulamenta a Política de Monitoramento e Avaliação do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (PMA/MDS) que em seu artigo 18 delega a coordenação das ações da PMA à Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Nesse contexto, destaca-se a posição ocupada pela Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação (Sagi) do MDS. Gerada no interior de um ministério multissetorial, que tinha como desafio incorporar órgãos distintos e que

já funcionavam separadamente; a Sagi representa um esforço estratégico para o fortalecimento dos programas sociais [...] (GASPARINI; FURTADO, 2011).

Conhecer e compreender a fundo esses conceitos consiste em uma arma poderosa para gerir de modo produtivo os serviços de saúde, enfrentando um dos seus problemas mais assoladores como a falta de recursos ou, ainda, a má administração dos mesmos. Essa característica confere a temática uma posição de destaque, dando ainda um caráter contemporâneo à problemática.

O processo de avaliar corresponde a um ato político que advém de uma construção crítica e reflexiva acerca das *práxis* que integra o cotidiano dos serviços e seus produtos. Desse modo, o processo verifica as condições de se produzir saúde seja através das relações intersubjetivas conformadas, ou ainda acerca da estrutura física, disponibilidade de insumo e recursos humanos (BARROSO et al., 2008).

Ao tratar a avaliação como ato político faz-se referência à sua característica de “emitir um julgamento de valor, independentemente do uso que será feito do seu produto” e ainda como “um processo técnico-administrativo e político de julgamento do valor ou mérito de algo, para subsidiar a tomada de decisão no cotidiano, o que significa produzir informações capazes de apoiar uma intervenção de forma oportuna”, sendo uma ferramenta de ampla utilização pela gestão dos serviços e assume caráter essencial para guiar a tomada de decisão, haja vista sua capacidade de contemplar a multiplicidade de questões e entraves que permeiam o co-

tidiano do fazer em saúde, o que acaba por guiar decisões e distribuir recursos de modo consonante com a realidade experienciada (TANAKA; TAMAKI, 2012).

Gerir serviços de saúde se ancora na proposta de organizar e otimizar recursos humanos e materiais e, nesse contexto, a mera aplicação de “técnicas administrativas e a simples administração de recursos”, não dá conta de ofertar a resolutividade aos problemas enfrentados nos serviços, na medida em que se busca a equidade da atenção e solução das demandas.

Portanto, ao gerar subsídios de gestão, possibilita organizar estruturas, fluxos e demandas, atuando e/ou modificando os serviços para que se adequem ao objetivo que se pretende alcançar. Essa ferramenta é extremamente útil em saúde, uma vez que esta é fortemente influenciada por diversos determinantes, dentre os quais podemos citar o âmbito econômico e social, o que lhe confere dinamicidade incalculável e complexidade ímpar. Esse cenário, frequentemente mutante, é palco de diversas construções intersubjetivas que exigem a constante tomada de decisões capazes de fazer frente aos problemas que surgem, tornando imprescindível que seja feito um planejamento que corresponda às necessidades e que para tanto deve partir de um processo avaliativo. Tanaka e Tamaki (2012) fazem referência a isso ao afirmar que “toda essa construção é concebida visando obter um funcionamento otimizado em um contexto complexo, caracterizado pelo conjunto de fatores que condicionam a saúde e a doença e que produz, permanentemente, situações não previsíveis que exigem a tomada de decisões”.

Ainda segundo Tanaka e Tamaki(2012), a avaliação proporciona ao gestor um grande escopo de informação em tempo hábil, fato este que se intensifica ainda mais desde que haja conhecimento acumulado por avaliações anteriores, mas caso não haja, esse processo deve se organizar de modo rápido e consistente e, ainda, levando em conta tempo e recursos disponíveis.

Usuários, trabalhadores e gestores integram o *ball* de sujeitos centrais no processo avaliativo, uma vez estão em contato íntimo com o serviço e sobre eles recaem os produtos advindos das decisões e ações do fazer cotidiano dos serviços. O estudo de Bosi, Pontes e Vasconcelos (2010), afirma que a percepção dos sujeitos, especialmente os usuários, não pode ser marginalizada ou subvalorizada no processo de avaliação, o que lhe conferiria um caráter parcial do quadro.

No contexto da Atenção Primária à Saúde, a Estratégia Saúde da Família (ESF), um dispositivo assistencial que surge com o objeto de reestruturar o cuidado em saúde, traz em sua lógica estrutural, diversos conceitos como: territorialização, proteção, promoção e prevenção da saúde. Assume grande responsabilidade ao ser considerada a principal estratégia para a efetivação dos preceitos do SUS e, ainda assim, não dispõe de instrumentos de avaliação sistematizada que possam dar subsídios aos gestores. Bosi e Uchimura (2010) fazem referência a essa problemática em seu texto ao dizer que diante do acelerado processo de crescimento da ESF, emerge a necessidade da implementação de processos avaliativos, em especial sobre a qualidade da atenção no âmbito dessa estratégia.

Ainda segundo Bosi, Pontes e Vasconcelos (2010), realizar uma avaliação capaz de fazer frente à dinamicidade e à complexidade da atenção básica acabaria exigindo que seja feita uma avaliação qualitativa ao considerar a “intersubjetividade como inerente à produção do cuidado”. Sendo assim, a abordagem qualitativa ganha espaço, haja vista seu caráter de compreensão daquilo que não pode ser mensurado.

Nesse sentido, avaliar é entendido, de acordo com o referido na apresentação do problema do presente projeto, como o resultado de cada ato de trabalho no cotidiano dos serviços de saúde e nos territórios sanitários, sendo necessário analisar as práticas de saúde, a dimensão do alcance das ações e o contexto em que estão inseridos os sujeitos.

Apesar da sua ampla capacidade de gerar benefícios, alguns entraves estão presentes quando se fala em avaliação. Essas questões ocorrem em partes pela sensação de desconforto por parte dos que são avaliados, grande parte relacionada pelo imaginário de que a avaliação sempre é realizada por especialistas (BOSI; PONTES e VASCONCELOS, 2010). Então, superar essa questão é fundamental para que a prática avaliativa seja fluida e capaz de contemplar as necessidades que se pretende apreender.

Serapioni e Silva (2011), no estudo “Avaliação da qualidade do programa Saúde da Família em municípios do Ceará: uma abordagem multidimensional”, a partir de múltiplos olhares dos atores sociais envolvidos na dinâmica da APS, dentre eles gestores, profissionais de saúde e usuários, relatam que nem sempre há coincidência entre os diversos olhares sobre o que é prioritário para garantir a qualidade

do SUS. Reforçam, portanto, que é importante começar a desenvolver estratégias de integração ou, pelo menos, de gradual aproximação entre os diversos pontos de vista. Os autores afirmam que o primeiro passo nesse sentido é a promoção de *práxis* de avaliação inovadora dentro das secretarias municipais de saúde e na cultura profissional, e concluem:

Nessa linha, se recomenda aos gestores que, geralmente, promovem e financiam estudos de avaliação introduzir, no sistema de avaliação dos serviços, indicadores que possam medir os aspectos que definem a qualidade do cuidado do ponto de vista de usuários e profissionais. Somente, dessa forma, o serviço pode realmente ser planejado e organizado para responder às necessidades de todos (SERAPIONI; SILVA, 2011).

Desse modo, a avaliação pode ser muito útil uma vez que é capaz de revelar fragilidades e potencialidades dos diversos setores do SUS, proporcionando subsídios para o fortalecimento das políticas, planejamento em gestão, reorganização dos serviços e programas e criação de novas estratégias nas necessidades e expectativas dos usuários, ratificando, ainda, a importância do diálogo como instrumento de fortalecimento na relação entre profissionais e usuários no âmbito da saúde pública.

REFERÊNCIAS

BARROSOetal.Avaliaçãoodaqualidadena AtençãoBásica.**Enferme-
riaGlobal**.Nº12,p.1-10.2008.

BOSI, M.L.M.; PONTES, R.J.S.; VASCONCELOS, S.M. Dimensões da qualidade na avaliação em saúde: concepções de gestores. **Rev. Saúde Pública** [online]. vol.44, n.2, p.318-324, 2010.

BOSI, M.L.M.; UCHIMURA, K.Y. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J. (Orgs.) **Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde: Enfoques Emergentes**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, p.87-117, 2010.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology and Laboratory Medicine**. Northfield, v.114, p.115-1118, 1990.

FERNANDES, F.M.B.; RIBEIRO, J.M.; MOREIRA, M.R. Reflexões sobre avaliação de políticas de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 27(9):1667-1677, set, 2011.

GASPARINI, M.F.V.; FURTADO, J.P. Avaliação de Programas e Serviços Sociais no Brasil: uma análise das práticas no contexto atual. **Serv. Soc. Soc.** São Paulo, n. 117, mar. 2014.

GUBA, E.; LINCOLN, Y. **Avaliação de quarta geração**. Campinas: Editora da Unicamp, 2011. Tradução Beth Honorato. Título original: **Fourth Generation Evaluation**. Sage Publications, 1989.

LIMA, R. T.; SILVA, E. P. Avaliação na Prática da Saúde: Histórico, Enfoques Teóricos e Fortalecimento da Institucionalização. **Rev. bras. ciênc. Saúde**, v.15, n. 1, 2011.

NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, out. 2000.

SÁ, R.F. de; MOYSÉS, S.T. Processo avaliativo em promoção de saúde como estratégia de empoderamento e de desenvolvimento de capacidades. B.Tés. Senac: aR. Educ. prof. Rio de Janeiro, v. 35,

n.2, maio/ago 2009.

SERAPIONI, M.; LOPES, N.C.M.; SILVA, G.C. da M. Avaliação em saúde, In ROUQUAYROL, M.Z.; SILVA, M.G.C (org.), **Epidemiologia & saúde**. Rio de Janeiro: MedBook, 533-57, 2013.

SERAPIONI, M.; SILVA, M.G.C. da. Avaliação da qualidade do programa Saúde da Família em municípios do Ceará: uma abordagem multidimensional. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, nov. 2011.

TANAKA, O.Y.; TAMAKI, E.M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, abr. 2012.

PROIBIDA A DIFUSÃO
REVISÃO DO AUTOR

AVALIAÇÃO PARA FORMAÇÃO EM SAÚDE SOB O BOJO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Fiama Keciã Silveira eóflo

Fernando Virgílio Albuquerque de Oliveira

Katherine Gerônimo Lima

Thais Luna Alencar Arararipe Lessa

Mauro Serapioni

Mudanças de abordagens na formação profissional requerem normatizações, regulamentações e pactos para a obtenção de profissionais preparados para lidar com a nova concepção de saúde que foque não mais apenas na cura da doença, mas que gere um avanço nos processos de prevenção e promoção da saúde numa perspectiva de melhorar a qualidade de vida da população.

O planejamento, execução e avaliação das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas no campo da Educação Permanente devem ser organizados considerando um eixo integrador transversal de saberes comuns a todas as profissões e as especificidades de cada profissão (BRASIL, 2011). Também se fala que os programas devem adotar cenários de aprendizagem que considerem as linhas de cuidado, adotando metodologias ativas e dispositivos da Gestão da Clínica Ampliada, assim como se preocupam em definir atribuições para tutores, preceptores, coordenação do programa e residentes.

A Educação Permanente em Saúde surge como resposta a essas necessidades e a formulação de estratégias de avaliação das ações que envolvem essa temática tornam-se cada vez mais necessárias. Isso se dá principalmente ao considerarmos o financiamento público envolvido e o alcance que podem ter essas ações de formação quando implantadas e executadas na perspectiva de transformação das práticas e aprendizagem significativa.

Dessa forma, este capítulo pretende abordar reflexões teóricas sobre o campo temático de avaliação para formação em saúde com foco na Educação Permanente em Saúde. Trata-se de um ensaio bibliográfico que aborda reflexões teóricas de diferentes autores da área da avaliação em saúde e da Educação Permanente em Saúde.

AValiação para a Formação em Saúde

Após análise da literatura internacional, tanto a que fala sobre avaliação de programas quanto políticas sociais e educacionais como a avaliação em Saúde, Serapioni (2013) traz que pelo menos três elementos aproximam a maioria das definições encontradas. São eles: (a) avaliar para formar juízos de valores ou méritos de uma intervenção que tem por finalidade transformação da realidade social; (b) ênfase na análise sistêmica e rigorosidade dos procedimentos de coleta de dados que suportam o julgamento do mérito e valor das ações; (c) ênfase na avaliação como subsidiária de apoio e ferramenta de gestão, auxiliando na tomada de decisões para aprimoramento do processo de planejamento e de gestão dos programas, serviços e políticas.

Uma característica pertinente a avaliação é a de julgar critérios com valores qualitativos, considerando a perspectiva da continuidade, onde a cada avaliação, novos aspectos podem gerar apreciações diferentes. A visão social contida na prática avaliativa tem influência direta na escolha dos critérios mais adequados, capazes de responder às questões pertinentes à investigação (SOMERA, 2008).

A avaliação educacional mede a qualidade dos dispositivos educativos com destaque aos princípios e processos metodológicos da avaliação, no qual para se atribuir valores a alguma coisa nesse âmbito entende-se que se deve elencar os princípios que devem predominar sobre a seleção de procedimentos para se avaliar (SOMERA, 2008).

Dentro dessa perspectiva, o conceito de avaliação ganhou nova dimensão no campo educacional, quando é nítida sua utilidade prática aplicada a tudo, a toda ação, fato ou objeto. No campo da Educação, podem ser avaliados: um indivíduo, um segmento humano, ações, processos (programas, planos, projetos, propostas), a *performance* de um curso, uma fração de uma corporação ou uma instituição na sua totalidade (SOMERA, 2008).

Contudo, entende-se que a escolha do método avaliativo é tão diversificada quanto distintas forem as necessidades e os interesses de informação dos envolvidos no processo avaliativo, devendo considerar, assim, os recursos, tempo e oportunidade disponíveis e, ainda, pode-se somar a esta aplicação outras metodologias que podem fortalecer e gerar mais discussões a respeito dos critérios abordados e das mudanças que ocorrem ao decorrer do tempo (BEZERRA, 2012).

A avaliação está historicamente relacionada enquanto campo de investigação científica e de desenvolvimento de políticas públicas de saúde, educação e bem-estar social. É dentro deste contexto que surgiu o conceito de avaliação dos programas públicos, em que pesquisadores dedicaram-se à tarefa de evidenciar o êxito do que foi implementado, deste modo, verificando a eficácia do uso de recursos do Estado (CONTANDRIOPOULOS et al, 2000; DENIS & CHAMPAGNE, 2000; PATTON, 1997).

Em um contexto histórico, a pesquisa avaliativa desenvolveu-se inicialmente, em sua primeira geração, na área da educação, com os testes avaliativos nas escolas. A partir do aprimoramento desses testes, foi desenvolvido o quociente de inteligência (QI) primeiramente para avaliar escolares com desenvolvimento mental atípico, criando-se com ele o conceito de idade mental (GUBA & LINCOLN, 1989).

Em seguida, os testes mentais passaram a ser utilizados para a triagem dos soldados na Primeira Guerra Mundial, quando foi utilizado com mais de dois milhões de homens e a área da psicometria passou a ser mais estimulada a desenvolver-se. Os pesquisadores dessa geração eram técnicos e dispunham de instrumentos para mensurar o que lhes fosse incumbido de avaliar (GUBA & LINCOLN, 1989).

A avaliação centrada na mensuração e obtenção de dados passou a mostrar-se limitada, ao passo em que surgiu a necessidade de reformar o sistema educacional e curricular dos Estados Unidos. Novos currículos seriam criados e precisavam avaliar se eles funcionariam ou não. À vista disso, desenvolveu-se as avaliações de programas onde buscava-se

avaliar e descrever pontos fortes e fracos dessas reformas a partir de determinados objetivos preestabelecidos, criando-se um processo de avaliação formativa. (GUBA & LINCOLN, 1989).

No período das corridas espaciais, na Guerra Fria, os processos avaliativos descritivos da geração anterior tornaram-se insuficientes. Isso porque o caráter puramente descritivo não era suficiente para atender às expectativas dos cientistas, nem era adequada à necessidade de estabelecer-se previamente um objetivo para então fazer a avaliação. Os cientistas queriam a construção de seus objetivos durante o processo de produção de saber e não previamente, além de que não era suficiente observar os resultados da avaliação, apenas no final das ações avaliadas (GUBA & LINCOLN, 1989).

Dessa forma, a terceira geração preservou o caráter mensurável e descritivo das gerações anteriores, acrescentando que os objetivos da avaliação deveriam também ser problematizados e avaliados. Além disso, o conceito de juízo de valor foi incorporado ao processo avaliativo e os avaliadores passaram a ser “juízes” sendo necessário *expertise* naquilo a ser avaliado (GUBA & LINCOLN, 1989).

As três primeiras gerações apresentavam, em comum, os seguintes problemas: tendência ao gerencialismo; incapacidade de acomodar o pluralismo de valores e comprometimento exagerado com o paradigma científico de investigação. A tendência ao gerencialismo diz respeito à relação muitas vezes privadora de poder e injusta entre avaliador e administrador do objeto a ser avaliado. Nessa relação, o administrador fica fora do processo avaliativo e é eximido

de responsabilidades, além de que o avaliador tende a apresentar como resultados aquilo que o administrador gostaria de ver, não representando tão fielmente a realidade (GUBA & LINCOLN, 1989).

Já a incapacidade de acomodar o pluralismo de valores vem do fato de que os contextos dos objetos a serem avaliados são complexos e formados por vários indivíduos que apresentam valores distintos, e as gerações anteriores não dão conta de captar essas singularidades. Por fim, as referidas gerações estão muito atreladas e restritas ao que é preconizado pelo paradigma científico, onde os contextos reais do objeto de estudo não são considerados, pois se prefere avaliá-lo em situações controladas cuidadosamente, além de estar presente uma dependência exagerada à mensuração quantitativa formal (GUBA & LINCOLN, 1989).

A quarta geração da avaliação trouxe a abordagem construtivista responsiva para sanar as limitações e problemas das gerações anteriores, sendo uma proposta de processo interativo e negociado com envolvimento de grupos de interesse e consumo de tempo e recursos disponíveis. Essa abordagem pode ser explicada como tendo um método responsivo de focalizar e uma metodologia construtivista (GUBA & LINCOLN, 1989).

Tendo em mente o processo avaliativo em uma perspectiva metodológica, temos na literatura uma tendência ao uso de Guba e Lincoln(1989), como referencial teórico metodológico com as contribuições de Donabedian emergindo em alguns estudos. Como métodos de coleta de informações tem-se a utilização de entrevistas semiestruturadas realizadas

sob a perspectiva do Círculo Hermenêutico Dialético, além da utilização de grupos focais.

Para análise dos dados, temos a hermenêutica dialética como mais recorrente, destacando-se Gadamer nesse contexto, além de estudos abordando o uso de narrativas e hermenêutica de Paul Ricoeur(1989) (OLIVEIRA; ANDRADE; GOYA, 2012; WILLRICH, et al, 2013; KANTORSKI, et al, 2011; DUARTE; KANTORSKI, 2011; COSSETIN; OLSCHOWSKY, 2011; WETZEL, et al, 2010; KANTOSKI, et al, 2010; CAMPOS, et al, 2014; BRITO, et al, 2013; OLSCHOWSKY, et al, 2014).

No contexto da avaliação com enfoque construtivista e responsivo, é utilizado o processo hermenêutico dialético, devido ao seu caráter interpretativo (hermenêutico) e as implicações relativas às comparações e aos contrastes de diferentes perspectivas (dialético), objetivando uma síntese em um nível elevado. A utilização do círculo hermenêutico dialético é congruente com esses pressupostos no que tange o seu auxílio na emersão de construções conjuntas de grupos de interesse (KANTORSKI et al, 2009).

Uma das atribuições mais importantes do avaliador na abordagem responsiva é conduzir a avaliação de tal forma que cada grupo possa confrontar e lidar com as construções de todos os outros, falando-se aqui no processo hermenêutico-dialético. Nesse processo, as reivindicações, preocupações e questões são resolvidas junto aos grupos de interesse estabelecendo-se consensos. Para os elementos em que o consenso não for estabelecido, o avaliador deverá buscar informações externas (GUBA & LINCOLN, 1989).

Após adquirir essas informações, o avaliador deve preparar uma agenda de negociações ficando à frente como moderador de um esforço em conjunto com os grupos de interesse para resolver o que estiver em pauta. Os resultados dessa negociação são de responsabilidade de todos os envolvidos, não apenas do avaliador ou cliente. Os pontos em que a discórdia permanecer continuam sem ser resolvidos, mas deixará para os grupos de interesse quais os conflitos existentes e como cada grupo encara-o (GUBA & LINCOLN, 1989).

Nos níveis regionais e locais a descentralização da gestão de programas força uma ampliação do conhecimento sobre a totalidade dos serviços implicados na obtenção dos efeitos desejados. Nesse tipo de avaliação, em que as parcerias legitimamente diferem em seus pontos de vista, surgem problemas específicos para a mensuração de desempenho em 'rede' com a necessária contextualização e participação nas pesquisas.

A avaliação em saúde está se desenvolvendo, com destaque para o movimento de sua institucionalização, na esfera do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de melhoria das políticas e programas vinculados a problemas prioritários (SERAPIONI; LOPES; SILVA, 2013).

O interesse em construir maior capacidade em avaliação nas estruturas administrativas se coloca, então, como prerequisite para uma maior conscientização dos limites e benefícios da avaliação, nas instituições governamentais ou não governamentais, integrando o processo das reformas sanitárias, e não como uma atividade isolada.

A avaliação em saúde, como processo que favorece a participação e o debate, redistribui seu acesso aos atores que, com os próprios meios, não têm capacidade de avaliar os serviços públicos ou contrabalançar interesses hegemônicos. Nesse enfoque, a institucionalização da avaliação reduz a assimetria entre o poder dos grupos constituídos da sociedade e os indivíduos que coletivamente a constituem, contribuindo para a democratização tanto da vida política como daquela interna às instituições.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), Ceccim (2010) diz que na forma como está documentado o texto desta política, o principal objetivo é correlacionar formação e trabalho em saúde, de forma a considerar o trabalho pela formação, e não formar para ajustar a qualidade do trabalho. Formação como preparação para o trabalho, capacitação, sensibilização, mudança de práticas gerando aprendizagem por interrogação, por composição de coletivos; aprendizagem por protagonismo local e protagonismo em rede, transformando a educação da forma escolar em forma da produção de mundos.

A multiplicidade concomitante de estágios nas práticas avaliativas científicas e institucionais aproximam a educação profissional da avaliação em saúde e da democratização do campo, sendo ainda grandes desafios a serem enfrentados (HARTZ, 2005).

Como proposta para avaliação da PNEPS cita-se aqui a avaliação proposta por Hartz (2006), trazendo em seu bojo

que o avaliador é, essencialmente, um técnico que precisa saber construir e utilizar-se de instrumentos para medir os programas, compreender sua estrutura, forças e fragilidades e averiguar possibilidades de atingirem os resultados esperados e fazer as devidas recomendações para sua implementação.

O interesse em construir maior capacidade em avaliação nas estruturas administrativas se coloca então como prerequisite para uma maior conscientização dos limites e benefícios da avaliação, nas instituições governamentais ou não governamentais, integrando o processo das reformas sanitárias, e não como uma atividade isolada.

O avaliador é, particularmente, um técnico que precisa saber construir e utilizar-se de instrumentos para medir os programas, compreender sua estrutura, forças e fragilidades, e averiguar possibilidades de atingirem os resultados esperados e fazer as devidas recomendações para sua implementação (HARTZ, 2005).

Dessa maneira, segundo a autora, medidas e avaliação são conceitualmente distintas, mas as medidas estão a serviço da avaliação e os pesquisadores das mais diversas áreas exercem um papel cada vez mais importante na condução dos estudos avaliatórios, considerando o avanço metodológico de suas disciplinas.

Entretanto, ao avaliar o efeito de uma política de saúde no desempenho dos serviços e na situação de saúde da população, é preciso valorizar o sinergismo entre os determinantes vinculados à política de saúde, aos serviços de saúde (estruturas, recursos humanos e processos) e ao estado de saúde das populações (HARTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Hartz traz em seus escritos que a compreensão do avaliador como um profissional que analisa e julga as políticas sociais como um conjunto de fatores de proteção inserido entre os determinantes da saúde, exige que ampliemos os objetivos da formação acadêmica para contemplar a dualidade do pesquisador comprometido com seu objeto de trabalho.

Essa dualidade pode ser traduzida por questões de natureza metodológica e política no âmbito da gestão pública, estruturada em programas governamentais e orientada por resultados. A exigência de pluralidade de abordagens e atores demanda a obrigatoriedade de dispositivos institucionais, igualmente participativos, que regulamentem os estudos de avaliação garantindo a qualidade e utilidade do produto final.

A construção de instrumentos tem por finalidade auxiliar na análise e na interpretação das informações, bem como no planejamento da coleta de dados em uma aplicação do instrumento avaliativo, das técnicas de análises, e na organização e apresentação dos resultados (HARTZ, 2005).

Espera-se que respostas a perguntas sejam respondidas de acordo com os julgamentos esperados gerados pela relação dos critérios e indicadores em comparação com padrões de qualidade que se quer alcançar, considerando o consenso dos especialistas e do conhecimento científico em discussão, pois esses quesitos permitem julgar as mudanças nas situações problemáticas, esperadas pelos resultados de intervenção (ALVES, 2010).

Dessa forma, construir um instrumento avaliativo permitirá o alcance do julgamento de valor de acordo com

padrões preestabelecidos por critérios e indicadores que permitam uma análise sobre o grau de satisfação final para a determinação de que está ou não de acordo com as necessidades de Educação Permanente nas Macrorregiões de Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa avaliativa requer, para a qualificação dos programas em sua complexidade, a contribuição de diferentes disciplinas, rompendo paralelismos epistemológicos que precisam ser complementares na avaliação. Para elaborar um processo de avaliação educacional não basta interpretar o conceito de avaliação no estabelecimento de um trabalho coerente e adequado, mas se apropriar de conhecimentos sobre os objetos ou operadores da avaliação, uma vez que estes são os focos da ação avaliadora, a qual coleta informações de várias ordens para esclarecer a qualidade dos seus resultados.

Neste capítulo, trouxe como sugestão de avaliação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde a proposta por Hartz (2005), que atrelada aos outros autores apresentados, facilitará o processo avaliativo ao considerar todo o processo de realização desta política, assim como os atores envolvidos nos diferentes níveis de planejamento e execução, baseando-se no que está pautado no corpo teórico da Política e no que dizem os principais autores da temática.

REFERÊNCIAS

BEZERRA, L. C. A.; ALVEZ, C. K. A.; REIS, I. A. C.; SAMICO, I.; FELISBERTO, E.; CARVALHO, A. L. B.; SILVA, G. S. Identificação e caracterização dos elementos constituintes de uma intervenção: pré-avaliação da política. **ParticipaSUS. Ciênc. saúde coletiva**. vol.17 no.4. Rio de Janeiro, abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde. **Minuta das Diretrizes Pedagógicas dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde**. Brasília, DF, 2011.

BRITO, M. C. C., et al. Atenção à saúde do idoso: o sistema de referência e contrarreferência nos serviços de saúde. **J. Res.: Fundam. Care. [Online]**. 6(3):1128-1138, jul./set. 2013.

CAMPOS, R. T. O., et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 252-264, out. 2014.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 29-48.

CECCIM, R. B. Seminário Saúde Mental: a Educação Permanente em Saúde e as questões permanentes à formação em Saúde Mental. In: LOBOSQUE, A.M. (Org.). **Saúde Mental: os desafios da formação. Caderno Saúde Mental 3**. Belo Horizonte: ESP-MG, v. 3. p. 67- 90, 2010.

COSSETIN, A.; OLSCHOWSKY, A. Avaliação das ações em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família: necessidades e potencialidades. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre (RS), v.32, n. 3, p. 495-501, set, 2011.

DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. Análise da implantação. In: HARTZ, Z.M.A. (Org.).

Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p.49-88, 2000.

DUARTE, M. L. C.; KANTORSKI, L. P. Avaliação da atenção prestada aos familiares em um centro de atenção psicossocial. **Rev Bras Enferm**, v. 64, n. 1, p. 47-52, jan./fev. 2011.

GUBA, E.; LINCOLN, Y. **Fourth generation evaluation**. Newbury Park: Sage Publications, 1989.

HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde:** dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz Editora, 2005.

HARTZ, Z. M. A. Princípios e Padrões em Meta-avaliação: diretrizes para os programas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. vol. 11(3):733-738, 2006.

KANTORSKI, L. P, et al. Avaliando a política de saúde mental num CAPS: a trajetória no movimento antimanicomial. **Estudos e Pesquisa em Psicologia**, UEBJ, n. 1, p. 242-263, 2010.

KANTORSKI, L. P. et al. Avaliação qualitativa de ambiência num Centro de Atenção Psicossocial. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2059-2066, Apr. 2011.

KANTORSKI, L. P.; WETZEL, C.; OLSCHOWSKY, A.; JARDIM, V. M. R.; BIELEMANN, V. L. M.; SCHNEIDER, J. F. Avaliação de quarta geração – Contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental. **Interface Comunicação Saúde Educação**. v. 13, n. 31, p. 343-355, out./dez. 2009.

OLSCHOWSKY, A., et al. Evaluation of intersectoral partnerships for mental healthcare in the Brazilian family health strategy. **Texto Contexto Enferm**, Jul-Set; 23(3): 591-9, 2014.

OLIVEIRA, R. F.; ANDRADE, L. O. M.; GOYA, N. Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3069-3078, 2012.

PATTON, M. Q. **Utilization-focused evaluation: the new century text**.3.ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 1997.

SERAPIONI, M.; SILVA, M. G. C.; LOPES, C. M. N. **Avaliação em Saúde**. In: Maria Zélia Rouquayrol ; Marcelo Gurgel. (Org.). Epidemiologia & Saúde. 7ª ed.Rio de Janeiro: MEDBOOK, 2013, v., p. 533-557.

SOMERA, E.A.S. **Reflexões sobre vertentes da avaliação educacional**. Avesso do Avesso, Araçatuba v. 6, n. 6, p. 56 – 68. 2008.

WETZEL, C, et al. Avaliação de famílias de um Centro de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil: uma proposta metodológica. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 9, n. 1, 2010.

WILLRICH, J. Q., et al. Ambiência de um centro de atenção psicossocial: fator estruturante do processo terapêutico. **Rev enferm UFSM**, v. 3, n. 2, p. 48-258, mai./ago. 2013.

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO ONCOLÓGICA NO PANORAMA BRASILEIRO

Thaís Luna Alencar Araripe Lessa

Fiana Kercia Silveira Teófilo

Mauro Serapioni

Em meio ao atual processo de transição demográfica vivido, especialmente, pelos países em desenvolvimento, percebe-se padrões diferentes de câncer no cenário mundial, Bray et al. (2012) avaliaram esses padrões em termos de incidência e mortalidade e previram diferentes conjunturas associadas aos diferentes níveis de desenvolvimento socioeconômico, esse estudo serviu de orientação e definição de prioridades para o combate e controle do câncer em diversos países, abordando a teoria de transição do câncer.

A transição do câncer pode ser considerada como uma extensão ou conclusão da teoria da transição epidemiológica, na qual observou-se uma passagem dos altos índices de doenças infecciosas para as doenças não transmissíveis e, neste sentido, a teoria da transição do câncer descreve a alteração do predomínio de cânceres advindos de infecções para cânceres associados a fatores de riscos não infecciosos relacionados ao estilo de vida dito ocidental. Assim, áreas de alto

índice de desenvolvimento humano (IDH), como a Europa, têm quatro tipos de cânceres (pulmão, mama feminina, cólon e reto e próstata) responsáveis por quase a metade da carga total de incidência de câncer, todos fortemente associados a estilos de vida, enquanto que áreas com baixo IDH apresentam predominantemente cânceres de colo uterino, fígado, sarcomas de Kaposi e linfoma nãoHodgkin, todos geralmente originados por agentes infecciosos como HPV, vírus da hepatite B e C e HIV (CLEGG; REICHMAN; MILLER, 2009). Tais fatos fortalecem a associação de padrões de morbidade e contextos socioeconômicos (WARD et al, 2004).

Azevedo e Silva (2014) utilizaram o câncer de mama (bastante incidente em países com alto IDH) e o câncer de colo uterino (relacionado a países com baixo IDH) para realizar um estudo que analisou a evolução da mortalidade por câncer do colo uterino e de mama no Brasil, segundo indicadores socioeconômicos e assistenciais. A pesquisa observou, a partir do final da década de 1990, declínio da mortalidade por câncer do colo uterino em todo o período, exceto em municípios do interior das regiões Norte e Nordeste. Relatando, para o mesmo período, queda na mortalidade por câncer de mama nas capitais. Além disso, perceberam que indicadores socioeconômicos positivos, mais presentes nas capitais do que no interior do Brasil, correlacionaram-se inversamente com a mortalidade de câncer do colo uterino. Acredita-se que estas associações se deem num contexto de desigualdade de acesso e diferente qualidade de atenção, ainda características no nosso país.

Considerando que a falta de igualdade gera situação de suscetibilidade à mortalidade e à morbidade em um país, a Organização Mundial de Saúde e a Constituição de 1988 dimensionaram importantes ações de serviços genuinamente públicos em instituições de saúde por meio da descentralização, integralidade e participação popular (BRASIL, 1990).

Enquanto as premissas gerais da saúde foram sistematizadas em 1988, apenas em 1999 surgiram as primeiras políticas de oncologia. Ministério da Saúde em articulação com o Instituto Nacional do Câncer-INCA se uniram às unidades federais, secretarias estaduais e municipais e com unidades e centros de tratamento em Oncologia para organização e criação da Política Nacional de Atenção oncológica – PNAO, em 2005 (BRASIL, 2005a).

Entre outros aspectos, a PNAO propõe: promoção da saúde e expansão com qualidade de todos os níveis de atenção oncológica, criação de redes estaduais e municipais de atenção oncológica e garante planejamento avaliação e controle da assistência e da gestão oncológica (BRASIL, 2005a).

Para que seja possível a implantação e/ou reestruturação de serviços com qualidade a PNAO prevê custos e orçamentos para aumento do acesso, suporte tecnológico e qualificação profissional na tentativa de minimizar os impactos das desigualdades socioeconômicas, tendo como preceito os princípios do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2005a).

Após implantação da PNAO, surgiram dificuldades em sistematizar propostas de atenção em oncologia aos diferentes contingentes sociais específicos de cada região do Brasil e notou-se o grande desafio que seria realizar avaliações

dos diversos serviços disponíveis, que com o passar dos anos acarretou um desconhecimento acerca da qualidade dos serviços de oncologia (BRITO, 2004).

Atualmente, a avaliação da assistência oncológica é realizada pelo INCA, que em parceria com a Coordenação Geral de Sistemas de Alta Complexidade credencia serviços mediante avaliação de qualidade e verificação de estrutura interna e externa do centro ou da unidade (BRASIL, 2009).

Estudos avaliativos em oncologia se restringiam a medir alcance de metas e objetivos, hoje evoluíram e se transformaram em elemento integrante das ações políticas de organização, infraestrutura e capacitação profissional. Para que se produza assistência oncológica com qualidade além de processos avaliativos deve-se garantir financiamento, controle e avaliação dos procedimentos (KLIGERMAN, 2002).

Na tentativa de elaborar um plano de avaliação condizente com todas as peculiaridades descritas acima, as instituições oncológicas brasileiras foram incluídas no Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde– PNASS, que utiliza critérios padronizados, indicadores e roteiros de conformidade, por meio de medidas quantitativas (JANNUZZI, 2001). Na atualidade, é desconhecida a adesão das políticas pelos serviços e sua contribuição para a melhoria da qualidade na atenção oncológica (BRITO, 2005).

Gadelha (2002) justifica que para que se tenha respostas condizentes com a realidade ao final do processo avaliativo é necessário elaborar um modelo de avaliação qualitativa que incorpore os serviços oncológicos prestados no Brasil.

Com esse tipo de avaliação se conheceria o acesso e a qualidade da atenção (PESTANA, 2009).

Esse desafio durante o processo avaliativo em oncologia no Brasil é compartilhado por outros países no mundo e foi descrito por Ricciardi em 2015 como “desafio global na chamada atenção especial sobre o câncer”. Segundo ele, além de prevenção e controle, a identificação de estratégias realistas para a assistência personalizada deve ser estudada de forma a se produzir atenção oncológica de qualidade e de maneira sustentável para os serviços nacionais de saúde pública (RICCIARDI, 2015).

Wennberg (2013) escreveu um artigo publicado na revista *Lancet* no qual conclui que, nos últimos 50 anos, o mundo ultrapassou a era da “mudança de paradigma” e deve assumir a nova era da “mudança de pensamento”. De acordo com o autor, mesmo com diferenças culturais e tecnológicas os serviços de saúde de todo mundo devem utilizar a realidade atual do século XXI e superar a atenção em torno do produtor de cuidado para a atenção em torno do cliente, que devem valorizar as saídas das instituições de saúde e não só as entradas e perceber que a importância se dá, principalmente, na qualidade dos resultados não apenas nos números de serviços prestados.

Apesar da preocupação com a qualidade ser uma preocupação da atualidade, Donabedian (1988; 1990) já abordava a temática em 1980 em sua trilogia *A definição da qualidade e abordagens para a sua avaliação*. Muitas foram as mensagens deixadas pelo estudioso, entre elas, a importância da mudança de normas, recursos e preferências

nos critérios de se avaliar a qualidade. Para ele, a avaliação de qualidade deveria se basear, também, em fatores que abordassem a subjetividade dos pacientes. Como expressão metodológica reconhecida mundialmente, Donabedian desenvolveu o quadro conceitual para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado: sendo estrutura os recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência; processo as atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões aceitos e resultado do produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas (SERAPIONI, 2009).

Além do modelo proposto por Donabedian uma das maneiras reconhecidas mundialmente e defendidas por Kligerman (2002), enquanto diretor do INCA, foi utilizar informações gerada por usuários, profissionais e gestores para que se consiga esquematizar e compreender a rede oncológica.

Na mesma linha, Ovretveit destaca que para que um serviço seja efetivo e produza com custos reduzidos deve responder às necessidades dos usuários de acordo com a sua percepção, bem como a dos profissionais, administradores e gestores. Para este autor, a definição de qualidade identifica três dimensões que correspondem aos principais atores que agem no âmbito dos serviços de saúde: Qualidade avaliada pelo usuário: o que os usuários e acompanhantes desejam do serviço, seja como indivíduos, seja como grupos; Qualidade profissional: se o serviço satisfaz as necessidades definidas pelos profissionais que prestam a atenção e se as técnicas

e os procedimentos necessários utilizados são executadas de forma apropriada; Qualidade gerencial: o uso eficiente e produtivo dos recursos para responder às necessidades de todos os usuários dentro dos limites e das diretrizes estabelecidas pelas autoridades.

Entretanto, apesar das recomendações metodológicas sugeridas, tanto por Donabedian (1988;1990) como por Ovretveit (1998), ainda percebe-se o desafio de desenvolver e experimentar uma estratégia de avaliação da qualidade na área da oncologia, capaz de integrar ou, pelo menos, aproximar a pluralidade dos olhares sobre qualidade e que possa facilitar o delineamento de um processo avaliativo que não perca o subjetivo nem que se supervalorize o objetivo.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO E SILVA, G et al. Acesso à detecção precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir dos dados do Sistema de Informações em Saúde. **Cad. de Saúd. Púb.** Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1537-1550, jul. 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei 8.080 – Lei Orgânica da Saúde.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providencias. Brasília: MS, 1990.

_____. Portaria nº 2439/GM de 08 de dezembro de 2005. Política Nacional de Atenção oncológica. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, 08 dez. 2005a.

_____. **Manual Gerencial do SISMAMA – Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama.** Rio de Janeiro: INCA, 2009.

- BRAY, F. et al. Global cancer transitions according to the Human Development Index (2008-2030): a population-based study. **Lancet**. [<http://portal.revistas.bvs.br/>], v. 13, n. 8, p.1-11, ago. 2012.
- BRITO, C. **Avaliação do Tratamento da Paciente com Câncer de Mama nas Unidades Oncológicas do Sistema Público de Saúde no Estado do Rio de Janeiro**. 2004. Dissertação de Mestrado. (Mestrado). Rio de Janeiro:Fundação Oswaldo Cruz, 2004.
- BRITO, C.; PORTELA, M. C.; VASCONCELOS, M.T.L. Assistência Oncológica pelo SUS a Mulheres com Câncer de Mama no Estado do Rio de Janeiro. **Rev. de Saúd. Púb.** Rio de Janeiro, v.36, n.6, p.874-881, 2005.
- CLEGG, L.X.; REICHMAN, M.E.; MILLER, B.A. Impact of socioeconomic status on cancer incidence and stage at diagnosis: selected findings from the surveillance, epidemiology, and end results: National Longitudinal Mortality Study. **Cancer Causes Control**, [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>], v. 20, n. 4, p. 417-435, may. 2009.
- DONABEDIAN, A. The Quality of CareHow Can It Be Assessed?, **Journal of the American Medical Association**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.
- DONABEDIAN A. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. **Salud Publica Mexico**, v. 32, n. 2, p.113-117, 1990.
- GADELHA, M.I.P. Planejamento da Assistência Oncológica: um exercício de estimativas. **Rev. Bra. de Canc.**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 4, p. 533-543, 2002.
- JANUZZI, P. M. **Indicadores Sociais no Brasil**. Campinas: Alínea, 2001.
- KLIGERMAN, J. Avaliação da Assistência Oncológica, **Rev. Bra. de Can.**, Rio de Janeiro, v.48, n.4, p.481-4, 2002.

OVRETVEIT, J. **Evaluating health interventions**. Buckingham: Open University Press, 1998.

PESTANA, M. I. G. S. Avaliação Educacional: o sistema nacional de avaliação da educação básica. In: RICO, E. M. **Avaliação de Programas Sociais: uma questão em debate**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

RICCIARDI, W. Health systems, quality of health care, and translational cancer research: the role of the Instituto Superiore Sanità-Rome. **International Accreditation of the Italian Cancer Institute**. v. 101, n. 1, p. 67-68, 2015.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional*. **Revista Crítica de Ciências Sociais**. Coimbra, v. 85, p. 65-82, 2009.

WARD, E. et al. Cancer disparities by race/ethnicity and socioeconomic status. **CA: Cancer Journal for Clinicians**. <[http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.3322/\(ISSN\)1542-4863](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.3322/(ISSN)1542-4863)>, v. 54, n. 2, p. 78-93, mar. 2004.

WENNBERG, J. **The Art of Medicine: The shift to personalised and population medicine**. **The Lancet**, [<http://portal.revistas.bvs.br/>], v. 383, p. 200-201, jul. 2013.

AVALIAÇÃO EM SAÚDE: REVISÃO A PARTIR DA PESQUISA AVALIATIVA DA INTERVENÇÃO ECOBIOSSOCIAL NO CONTROLE DO *Aedes Aegypti*

Joana Mary B. Soares

Andrea Caprara

Introdução

O cenário brasileiro complexo frente ao perfil epidemiológico com diferentes problemas e necessidades de saúde requer novas abordagens e tecnologias, como também, maior controle de gastos em saúde. Tal situação associada à cobrança dos organismos financiadores externos, às dificuldades para tomar decisões que atendam aos preceitos do Sistema Único de Saúde, apontam um notório interesse pela avaliação em saúde (FIGUERÓ, THURLER, DIAS, 2008). Para Champagne et al. (2009), avaliar é fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção fundamentada em informações científicas válidas e socialmente legítimas.

Esta condição se adequa a epidemiologia brasileira no tocante às arboviroses transmitidas pelo vetor *Aedes aegypti* dengue, chikungunya e zika, coexistentes desde abril de 2015, que representam um problema de Saúde Pública (BRASIL,

2016). Segundo Rodriguez-Morales (2016), o País ocupa a liderança na América Latina relacionada às doenças mencionadas, além disso, chama atenção os casos recentes de febre amarela na América Latina e no Brasil (OPAS, 2017). A avaliação tem sido foco de interesse e valoração, a fim de se compreender a complexidade relacionada com as decisões políticas (WEISS, 1993, BRAGA; ALBUQUERQUE; MORAIS, 2004; WEISS, 1999; CHAMPAGNE, 1999).

Em consonância com o contexto mencionado, o Ministério da Saúde brasileiro (2016) publicou em Boletim Epidemiológico o Relatório da Reunião Internacional para Implementação de Alternativas para o Controle do *Aedes aegypti* no Brasil ante a coexistência e os surtos epidêmicos no País de arboviroses originárias da África como dengue, chikungunya e zika sugerindo a necessária busca por estratégias inovadoras em biotecnologia da informação, com o propósito de prevenir e controlar o vetor transmissor dos vírus de tais doenças (BRASIL, 2016).

Neste documento, a abordagem ecobiossocial foi recomendada para inclusão nas diretrizes do Programa Nacional de Controle da Dengue e para utilização integrada com outras tecnologias antigas e recentes (por ser considerada transversal), a fim de potencializar o controle do vetor transmissor *Aedes aegypti* (BRASIL, 2016).

A referida pesquisa multicêntrica: “Ecobiossocial sobre Dengue e Doença de Chagas na América Latina e no Caribe”, financiada por UNICEF/IDRC & UNDP/World Bank/WHO Special Programme for Research & Training in Tropical Diseases (TDR) foi centrada na prevenção primária

da dengue por meio do manejo integrado de vetores (IVM), em países da América Latina com elevada incidência de dengue e, com história de grandes epidemias, nos últimos anos. Dentro destes critérios, seis países foram selecionados- Uruguai, Colômbia, Equador, México, Cuba e, o Brasil.

No Brasil, a pesquisa foi realizada no Município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará na região Nordeste do Brasil, com população estimada 2016-2.609.716 pessoas, área da unidade territorial 2015-314,930 km² edensidade demográfica 2010-7.786,44 hab/km² (IBGE, 2015), ocorreu no período de 2010-2014.

Caprara et al.(2015)a partir dos dados preliminares do estudo supracitado apontaram esta abordagem integrada, que focou na participação social para a gestão ambiental com o propósito de controle mecânico e obteve maior redução da densidade vetorial do *Aedes aegypti* em relação à intervenção tradicional (agregados controles), como uma proposta promissora para implementar as medidas de controle de rotina, as quais priorizam, na maioria das vezes, o controle químico.

A partir desta afirmação e da relevância dos fatos relatados acima justifica-se a realização da pesquisa avaliativa da intervenção ecobiossocial no Município de Fortaleza, no período de 2010-2014, objeto de tese de Doutorado da autora deste capítulo, assim como explica a aproximação e o interesse dos autores desta publicação com a temática de avaliação em saúde a fim de avaliar se ela corresponde na prática a uma proposta resolutiva e sustentável (GOMEZ, MINAYO, 2006).

Dessa maneira, procedeu-se com uma escrita sobre avaliação em saúde a partir de estudos e de uma vasta leitura nas fontes de autores reconhecidos no campo da avaliação em saúde, sem a pretensão de esgotar ou propor novos conhecimentos, reconhecendo a condição desafiadora que é trabalhar com esta temática. Entretanto, teve-se o intuito de compartilhar a implicação das informações adquiridas com a imersão no universo da avaliação.

1. Avaliação em Saúde-Breve Histórico

A avaliação como disciplina e campo de estudo surgiu nos últimos anos do século XX (SCRIVEN, 1991), o que denota uma área de conhecimento recente e que justifica uma série de conceitos e metodologias distintos em construção com o propósito de se estabelecer tanto no plano epistemológico, como nos planos teórico e metodológico (BEZZI, 2003, NOVAES, 2000; WORTHEN et al., 2004). Desse modo, existem, na realidade atual, diferenciadas definições, formas de organização e classificação da avaliação em saúde na literatura (SERAPIONI, LOPES E SILVA, 2013). Apresentamos alguns estudiosos internacionais e suas definições de avaliação em saúde de forma resumida e cronológica, no quadro 1, a seguir:

Quadro 1 - Definições de avaliação em saúde por autores internacionais por ano.

Autores	Ano	Avaliação em Saúde
Donabedian	1980	Tem a função de determinar o valor ou o grau de êxito na consecução de um determinado objetivo
OMS	1981	Uma maneira sistemática de aprender por meio de experiências e utilizar este aprendizado para melhorar as atuais atividades e promover um melhor planejamento, escolhendo cuidadosamente entre as alternativas para as ações futuras.
Cronbach e Shapiro	1982	Processo sistemático de coleta e valoração de informação útil para a tomada de decisões.
Holland	1983	O processo de determinação formal da eficácia e eficiência de uma intervenção planejada para alcançar um objetivo.
Scriven	1991	Um processo de determinação do custo, mérito ou valor de algo ou do produto desse processo.
Patton	1997	Coleta de informações sobre atividades, características e resultados de programas para fazer julgamentos, melhorar a eficácia e orientar as decisões de programações futuras.
Weiss	1998	Análise sistemática de um programa ou política, em comparação com um conjunto de padrões, tendo em vista contribuir para a melhoria do programa ou política.
Ovretveit	1998	A avaliação em saúde tem sido influenciada pela medicina clínica, estatística e epidemiologia. O avanço acelerado do conhecimento médico foi propiciado pela aplicação do método científico na avaliação
Rossi, Lipsey e Freeman	2004	Atividade da ciência social direcionada para coletar, analisar, interpretar e comunicar informações sobre o funcionamento e a efetividade de programas sociais
Champagne	2009	Fazer um julgamento do programa, melhoria e/ou decisão sobre a programação futura, tendo como foco os usuários específicos e os usos pretendidos da avaliação.

Fonte: SERAPIONI, M; LOPES, CMN; SILVA, MGC da. Avaliação em Saúde. cap 28 p. 533-56, In: Epidemiologia & Saúde, 7 edição, Ed. Medbook, org. Maria Zélia Rouquayrol e Marcelo Gurgel Carlos da Silva, 2013.

A linha do tempo da avaliação em saúde pode demarcar um início no ano de 1950 nos EUA cujo o interesse em ciência política promoveu o desenvolvimento de investigações sobre as políticas públicas pelas dificuldades econômicas e sociais enfrentadas pelo governo deste País, como: pobreza; desemprego; criminalidade e degradação das áreas urbanas. Nessa condição, os EUA financiaram estudos avaliativos a fim de verificar o custo efetividade de programas sociais implantados e distribuir os recursos de forma mais eficiente. Fato que levou a realização da avaliação em larga escala em 1960. Na ocasião, a avaliação passa a ser um instrumento para racionalizar as despesas públicas e nortear a contenção de gastos (SERAPIONI, 2016; MORO, 2009).

Este pensamento, ainda em 1960, estendeu-se para o Canadá, Suécia e Alemanha do Oeste e a avaliação dos programas de saúde se desenvolveu nesta mesma perspectiva e contou com a colaboração dos cientistas sociais e outras unidades acadêmicas. Como parte deste processo, a avaliação econômica e as diferentes técnicas passaram a ser valorizadas no intuito de aferir a eficiência dos programas e serviços de saúde (SERAPIONI, LOPES E SILVA, 2013; SERAPIONI, 2016).

O interesse na avaliação pelos Países Ocidentais, na década de 1960, foi despertada pelo desgaste dos poderes públicos, posicionamento por parte dos cidadãos cobrando transparência e participação, aspectos orçamentários, cobrança da união europeia e complexidade social (SERAPIONI, 2016).

No período de 1960, as abordagens eram experimentais e quase experimentais a fim de aferir os resultados das

políticas e dos programas implementados (SERAPIONI, 2016). Entretanto, na década de 1970 surgiu a análise qualitativa e o envolvimento dos atores com abordagens construtivistas. Nessa década, a Europa alinhava o seu interesse em ciência política, conceito de políticas públicas e análise dos atores intervenientes estatais e não estatais (FARIA, 2005).

O processo de crescimento e desenvolvimento da avaliação em saúde continuou, e nos anos de 1980 e 1990 despontaram as abordagens de multimétodos (GREENE E CARACELLI, 1997). Ainda na década de 1980, houve uma explosão de estudos avaliativos com o intuito de respaldar as exigências do governo para o controle de gastos, avaliação econômica para análise de custo e benefícios dos programas públicos foram destaque (SERAPIONI, 2016), além de incrementar a responsabilidade dos gestores e obter mais informações sobre o impacto das novas tecnologias (OVRETVEIT, 1998).

Vale ressaltar a crise petrolífera e crise econômica dos países ocidentais nos anos 1980, demonstrando a necessidade de redução do déficit público. Neste momento o Estado passou a ter a função de liderar e orientar, não mais de executar. Mais uma vez a avaliação assumiu a conotação de instrumento para racionalizar os gastos públicos, assim como de orientar os governos para a contenção dos gastos (MORO, 2009). Porém, Serapioni (2016) referiu que as abordagens econômicas foram insuficientes ante a complexidade das dimensões para além da econômica na avaliação de programas e serviços sociais.

A difusão da Avaliação no continente europeu ocorreu na década de 1990, na ocasião existia a preocupação pelos aspectos metodológicos e a intenção de promover a interdis-

ciplinaridade na avaliação, bem como a relevância das abordagens qualitativas na avaliação de políticas públicas e serviços sociais. Efetivou-se, então, o pluralismo metodológico entre os estudiosos e os avaliadores (SERAPIONI, 2016).

Atualmente, existe a multiplicidade de abordagens avaliativas, mas, também, controvérsias entre os autores sobre as perspectivas conceituais e epistemológicas (SERAPIONI, 2016). Cohen e Franco (1993) questionaram se a avaliação seria um setor da ciência ou a aplicação do método de investigação. Para Ovretveit (1998) a avaliação possui métodos e instrumentos, além de ter uma própria teoria sobre os aspectos avaliados e sobre como adquirir os conhecimentos válidos sobre estes.

O cenário de incertezas e complexidade dificulta a formulação e efetivação de políticas públicas, desta maneira, muitas abordagens avaliativas tentam compreender os processos de formação e gestão de políticas públicas (TREVISAN e VAN BELLEN, 2008). Assim, vários estudiosos avaliam a partir da analogia dos ciclos políticos descritos a seguir: inserção de um tema na agenda política; formulação de políticas; tomada de decisão; avaliação e controle das políticas públicas (GARCIA, 2014; HOWLETT et al. 2009; FREY, 2000).

A inserção dos cientistas sociais na avaliação em saúde favoreceu a prática de abordagens qualitativas no processo avaliativo, antes com predomínio do quantitativismo. É consenso o reconhecimento do pluralismo metodológico nessa área, a fim de responder as diversas questões propostas pelos processos de avaliação e pelas necessidades dos

diferentes atores envolvidos, caracterizando a importância conferida à abordagem qualitativa (SERAPIONI, LOPES E SILVA, 2013).

A Avaliação é uma ferramenta para aprimorar os programas, levando em conta as necessidades dos beneficiários. E, sua finalidade maior não é provar, mas melhorar (STUFFLEBEAM, 1996). Patton (1997) considera o método misto apropriado para diversas situações e propósitos da avaliação. Desta feita, existe na história da Avaliação o estabelecimento de fases ou gerações que fizeram parte e que permitem uma ideia da evolução dessa temática ao longo dos anos, desde a sua origem. E que sofreram influências dos contextos sociais, econômicos, intelectuais, culturais e políticos da época.

Segundo Figueró, Frias e Navarro (2010, p. 12) “Os usos possíveis dos resultados de uma avaliação e a sua influência na tomada de decisão a respeito de programas, envolvem várias variáveis de naturezas distintas, como o contexto político, econômico, social e profissional, que vão atuar tanto ou mais que os aspectos técnicos informados pela avaliação”. E eles também dizem que “Avaliação é uma atividade dinâmica no tempo, apelando para atores numerosos, utilizando métodos diversos e envolvendo competências variadas”.

2. Gerações da Avaliação em saúde

2.1. Primeira Geração (1800-1900/ Reformismo e 1900-1930/ Eficiência e testagem) - chamada de geração da mensuração. Nesta o avaliador tem a função técnica de

mensurar qualquer variável de interesse do estudo, na ausência de instrumento de medição ele pode criar um novo para realizar a avaliação. Esta geração não foi extinta com o surgimento das gerações seguintes, principalmente na área da Educação (GUBA; LINCOLN, 1989, 2011).

2.2.Segunda Geração (1930-1960/ Idade da Inocência) - conhecida como a fase da descrição, devido às mudanças promovidas após a Primeira Guerra Mundial, e a necessidade de crescimento intelectual, a mensuração, apenas, não era suficiente para as necessidades de avaliação, por isso foi instituída a prática descritiva. Neste período nasceu a avaliação de programas. Na segunda geração, o avaliador cumpre o papel de descritor, além de realizar a mensuração (um instrumento como parte da avaliação e, não, sinônima dela) (GUBA; LINCOLN, 1989, 2011).

2.3.Terceira Geração (1960-1973/ Expansão e 1973-1990/ Valoração, Profissionalização e Institucionalização) - marcada pelo apelo de inserir o juízo de valor no procedimento da avaliação, assim o avaliador assumiu o papel de julgador, mantendo as funções técnicas e descritivas das gerações anteriores. Estas não estavam resolvendo vários problemas, daí difundiu-se a demanda de especialista para fazer juízo de valor na avaliação e, com isso, foi preciso adotar critérios carregados de valor científico (GUBA; LINCOLN, 1989, 2011).

Na retrospectiva dessas três gerações, pode-se evidenciar, pelo menos, as imperfeições a seguir: a) tendência ao gerencialismo, o avaliador firma o acordo de avaliação com o gestor que fica fora da avaliação e isento de responsabilidade, repercutindo na relação de poder; b) incapacidade de

acomodar o pluralismo de valores, reforçando a tendência ao gerencialismo; e c) comprometimento excessivo com o paradigma científico, ao se considerar que a ciência é responsável por descrever a realidade e revelar suas leis, pode ser utilizada em benefício da espécie humana, o que a torna controladora, em potencial. Este fato oportunizou a descontextualização, predomínio do quantitativismo, afastamento das ideias alternativas, isenção de responsabilidade moral do avaliador, além do gerencialismo mencionado anteriormente (GUBA; LINCOLN, 1989, 2011).

2.4. Quarta Geração (1990 até os dias atuais) - uma abordagem alternativa, denominada avaliação construtivista (metodologia) responsiva (foco), que estabelece parâmetros e limites a começar de uma forma interativa e negociada, envolvendo os grupos de interesse e com determinados tempo e recursos. Assim, propõe a quebra com o paradigma científico. A mesma apresenta três classes abrangentes (representantes, beneficiários e vítimas). E, ainda, quatro fases de realização 1. Identificação dos grupos e problemas, 2. Levantamento das questões relacionadas aos problemas apresentados, 3. Coleta de informações acerca das questões não elucidadas, 4. Negociação entre os grupos (GUBA; LINCOLN, 1989, 2011).

Nesta geração, o avaliador tem a função de conduzir a avaliação e permitir que o grupo dialogue dentro do cenário de construção do processo avaliativo. Os entusiastas desse modelo acreditam em uma série de benefícios com a aplicação desse modelo, que substitui a certeza pelo relativismo, o controle pela concessão de poder, a explicação generalizada pela compreensão local (GUBA; LINCOLN, 2011).

O pluralismo de valores é evidente na avaliação de quarta geração, que visa valorizar as demandas, preocupações e os assuntos postos pelos diversos atores e grupos de interesse. Nesta, os avaliadores têm interação contínua com os implicados por meio da abordagem hermenêutico-dialética, modelo denominado de *responsive constructivist evaluation*, desse modo é um processo interativo, participativo e negociado que envolve todos os sujeitos-avaliadores, beneficiários e vítimas. Seus autores consideram a realidade uma construção social (GUBA & LINCOLN, 1989).

3. Desenvolvimento da Avaliação em saúde

Entre os tipos de estudos avaliativos, ressalta-se a pesquisa avaliativa que se propõe a fazer um julgamento de uma intervenção usando métodos científicos válidos e reconhecidos, além de analisar o vínculo entre os diferentes componentes de uma intervenção. Para realizar este tipo de estudo, pode-se fazer uma ou várias das análises seguintes: análise estratégica (pertinência); análise lógica (teoria); análise da produtividade; análise do efeito (eficácia); análise do rendimento (eficiência) e análise da implantação (as relações existentes entre a intervenção e o contexto) (FIGUERÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010; CHAMPAGNE et al., 2011).

A análise estratégica propõe-se a questionar a pertinência de uma intervenção, ou seja, a relação coerente entre os seus objetivos e os problemas a serem solucionados. Para realizá-la é necessário, antes, fazer a escolha do problema prioritário e verificar se a origem e o agravamento desse problema permanece ao longo do tempo, assim como a escolha

dos objetivos visando a principal causa do problema, a população-alvo e os parceiros da intervenção, associando ao contexto desta (CHAMPAGNE et al., 2011).

A compreensão do contexto da intervenção deverá anteceder a identificação e a listagem dos problemas e, a partir daí, procede a escolha entre as três abordagens: 1) utilizar dados sociodemográficos e sanitários; 2) utilizar dados coletados em pesquisa; 3) utilizar técnicas qualitativas de busca de consenso. Uma vez definido o conjunto de problemas seguirá a análise da prioridade relativa com base na importância do problema e na viabilidade técnica e social da intervenção. Já para a priorização das causas do problema, deverá ser levado em conta a importância da contribuição do fator para o problema e a capacidade de intervir no fator por meio da elaboração do modelo causal (CHAMPAGNE et al., 2011).

Para observar a adequação da população-alvo da intervenção, deverá ser feita a comparação com a população de risco e fazer uma observação baseada na análise da pertinência dos parceiros envolvidos que deverá responder se os objetivos da intervenção são coerentes com o seu realizador e se os parceiros envolvidos são apropriados para a obtenção dos objetivos da intervenção. Pensar essas questões, requer raciocínio com base na ordem de prioridade do problema e de suas causas (CHAMPAGNE et al., 2011).

Em suma, a análise estratégica busca responder aos questionamentos: é pertinente intervir sobre esse problema? Os objetivos são adequados para resolver o problema e responder às necessidades? Os responsáveis pela intervenção agem de acordo com o lugar e com o seu papel? (CHAMPAGNE et al., 2011).

A análise lógica, posterior à análise estratégica, testa ao mesmo tempo o mérito da teoria (plausibilidade das hipóteses) e a validade operacional da intervenção. Nesta o avaliador determina se há adequação entre os objetivos da intervenção e os meios utilizados para alcançá-los. É composta por três tipos, no primeiro observa o caráter avaliável da intervenção, no segundo se a intervenção é apropriada ou não, e no terceiro se o mérito é considerado determinante da eficácia de uma intervenção. Enfim, esta análise deve responder às questões: A teoria da intervenção é adequada? A quantidade e a qualidade dos recursos e das atividades são suficientes? (CHAMPAGNE et al., 2011).

Já a Análise dos efeitos visa à eficácia da intervenção, tem por objeto a relação de causalidade entre as atividades e os efeitos, deste modo deve responder às seguintes perguntas: Que efeitos medir? Os efeitos observados são atribuídos à intervenção ou a outros fatores? Nesta análise, é importante tanto a abordagem qualitativa, quanto a quantitativa. Os efeitos produzidos por uma intervenção podem ser positivos, negativos ou nulos (efeitos possíveis), e devem ser considerados na mesma, pois quando se mede para além dos efeitos positivos, se obtém uma imagem válida dos efeitos-como, também, é relevante considerar a experiência dos atores e dos participantes, e não somente os textos publicados devido a uma sub-representação dos efeitos nulos ou indesejáveis. O momento da medição é determinante, outrossim, visto que o tempo e determinados acontecimentos podem ampliar ou atenuar os efeitos (CHAMPAGNE et al., 2011).

Os efeitos de uma intervenção podem ser medidos em laboratório ou diretamente na população objeto de inter-

venção, assim os resultados podem parecer diferentes. Em casos de laboratório a eficácia é teórica, já no caso de ensaio clínico com grupo experimental e grupo controle a eficácia é dita de ensaio, se o contexto for de prática normal a eficácia é denominada de utilização e, por último, a eficácia populacional se deve à medição no contexto da população. Neste último caso, os efeitos sofrem influência do comportamento dos usuários e dos profissionais. Desse modo, o contexto de medidas dos efeitos influencia na medida de eficácia (CHAMPAGNE et al., 2011).

Para verificar os efeitos observados resultantes da intervenção, Champagne et al. (2011, p. 164) apresentam que “é necessário encontrar a relação causal entre a intervenção e os efeitos, que pode ser confirmada por três condições: a causa precede o efeito; as duas variáveis devem estar ligadas empiricamente; e a relação entre as duas variáveis não pode ser explicada por uma terceira variável”.

Na validade da experimentação, é preciso saber se a relação observada na experiência é verdadeira e em que circunstâncias é verdadeira, assim como certificar-se de que o método de pesquisa é rigoroso para produzir resultados válidos. A avaliação possui quatro tipos de validades: de instrumento e da estratégia de medida (validade de conteúdo, de critério e de construto); interna; externa e da conclusão estatística (CHAMPAGNE et al., 2011).

O desenho da pesquisa por experimentação provocada auxilia o avaliador na escolha do desenho que confere maior validade da sua avaliação, compõe-se de desenhos utilizados em pesquisa experimental e dos vieses que podem afetar os

resultados. São distribuídos pela comparação antes e depois, comparação entre dois grupos, combinação dos desenhos, repartição aleatória. Já na experimentação invocada não existe randomização, o pesquisador avalia os efeitos da intervenção valendo-se das variações naturais (CHAMPAGNE et al., 2011).

A análise da produção relaciona os meios utilizados, o volume e a qualidade das atividades realizadas. A análise da eficiência (rendimento) relaciona os recursos financeiros (custos - *inputs*) e os efeitos observados (resultados - *outcomes*). É valorizada, principalmente, devido à escassez de recursos. Já a análise da implantação é mais importante quando há complexidade na intervenção, e ela é composta de elementos sequenciais e sujeitos à influência do contexto (CHAMPAGNE et al., 2011).

No caso da análise de implantação, existem cinco abordagens diferenciadas para explicar os fatores facilitadores e limitadores à implantação de uma intervenção e sua eficácia, que são os modelos Racional, Desenvolvimento Organizacional, Psicológico, Estrutural e Político. Este último, foi sugerido com o objetivo de contribuir para uma melhor compreensão dos processos de implantação (DENIS; CHAMPAGNE, 2002). Fato que justifica a existência do parágrafo seguinte.

O modelo político compreende os atores, os conflitos, o poder e a estratégia, e suas influências no grau de implantação respondendo às questões: As relações entre atores são modificadas pela Implantação da Intervenção?; Em que as estratégias dos atores se opõem ou favorecem à Implantação

da Intervenção?; Os atores que controlam as bases de poder na organização são favoráveis à Implantação da Intervenção?, na sequência, ressalta a influência nos efeitos observados respondendo às seguintes perguntas: Em que as estratégias dos atores favorecem ou se opõem ao alcance dos objetivos visados pela Intervenção?; Em que as estratégias dos atores que controlam as bases e poder na organização são favoráveis ao alcance dos objetivos visados pela Intervenção?

No tocante as considerações metodológicas para a análise de implantação existem três tipos de estratégias de pesquisa apropriadas: o estudo de caso, o estudo comparativo e a experimentação. Destaca-se o estudo de caso por ser considerado uma estratégia de pesquisa individualmente favorável na condução da avaliação da implantação. Yin (1984) define o estudo de caso como uma investigação empírica de um fenômeno que está atrelado ao seu contexto.

Neste estudo, o pesquisador trabalha sobre as unidades de análise, realizando a observação internamente em cada caso, com base na coerência da estrutura das relações entre os componentes do caso e das variações destas relações no tempo, obtendo um potencial explicativo pela profundidade da análise do caso e não pelo quantitativo de unidades.

Quanto à validade dos Estudos de Caso, Campbell & Stanley (1966) e Cook & Campbell (1979) consideram que a validade interna de um estudo deve se basear no grau de segurança que permite estabelecer a relação de causalidade entre dois conjuntos de variáveis independentes e dependentes. Já Yin (1994) relaciona dois fatores determinantes para a validade interna: a qualidade e a complexidade da

articulação teórica subjacente ao estudo e à adequação entre o modo de análise escolhido e o modelo teórico.

O mesmo autor propõe três estratégias de análise dos estudos de caso: o pareamento de um modelo (compara a configuração prévia com a configuração observada e possui duas abordagens- modelo teórico construído e o recurso a uma rede de explicações rivais), o desenvolvimento de uma explicação (abordagem essencialmente interativa) e a série temporal (consiste em formular previsões sobre a evolução neste tipo de fenômeno) (YIN, 1994).

A validade de construção é quase sempre percebida como um ponto fraco dos estudos de caso. Várias atitudes podem ser tomadas para minimizar os riscos de uma baixa validade de construção. É importante definir bem, no início de um estudo, os procedimentos que queremos observar. Recorrer a múltiplas fontes de dados pode contribuir para aumentar a validade de construção de um estudo de caso, assim como, desenvolver ao longo da coleta de dados uma cadeia de evidências e submeter o relatório de pesquisa a informantes-chave. A validade referida de um estudo de caso se desenvolve, portanto, principalmente em nível da estratégia de coleta de dados (estratégia de medida das variáveis) (YIN, 1994).

A validade externa dos estudos de caso é considerada um problema, ela não depende da observação exaustiva de um conjunto diversificado de elementos e baseia-se, essencialmente, na realização de estudos de casos múltiplos (YIN, 1984).

Posterior à concretização da etapa da análise de implantação, deverá ocorrer a modelização da intervenção (CHAMPAGNE et al., 2011). A modelização, segundo

Champagne (2011, p. 63), “[...] deve permitir explicitar o caminho lógico dos atores e revelar seus objetivos [...]”. Três modelos são reconhecidos: Modelo causal (problema a ser corrigido e suas causas); Modelo lógico operacional (componentes, objetivos e efeitos esperados) e Modelo lógico teórico (intervenção planejada com base em uma teoria formal de ações (CHAMPAGNE et al., 2011).

A avaliação pode ser realizada por avaliadores internos, externos ou ambos. Apresenta vantagens e desvantagens a depender do avaliador. Se for interno, tem mais conhecimentos de todo o processo, porém há dificuldade de se tornar imparcial, já o externo, apesar de estar isento de parcialidade, pode não conhecer bem o contexto importante para a avaliação (WORTHEN, SANDERS, FITZPATRICK, 2004).

Segundo Figueró (2008), para se realizar um estudo avaliativo é preciso responder a algumas questões: O que e quando avaliar? Como escolher a abordagem metodológica adequada? Uma vez que a avaliação é transdisciplinar, as abordagens metodológicas também devem ter esse sentido transversal, de pluralidade e flexibilidade. Assim, fica evidente a contribuição e necessária incorporação de metodologias das mais diversas áreas do conhecimento (WORTHEN, SANDERS, FITZPATRICK, 2004). Além das questões epistemológicas, filosóficas e preferências metodológicas, ao reflexionar sobre abordagem metodológica, o avaliador precisa considerar as necessidades dos interessados (público-alvo) e os diferentes contextos nos quais estão inseridos (CDC, 1999; FIGUERÓ, 2008; WORTHEN, SANDERS, FITZPATRICK, 2004).

No campo da avaliação, a escolha do caminho metodológico requer flexibilidade, criatividade e uma cuidadosa análise dos vários métodos disponíveis, em coerência com o objeto e os propósitos de um estudo avaliativo a partir das necessidades dos envolvidos na avaliação (SAMICO, FIGUERÓ, FRIAS, 2010). Acertadamente, a abordagem metodológica adequada será de acordo com: a avaliação interna e externa; objetividade e subjetividade; pesquisa científica; objetivos e perguntas avaliativas. É consenso, entre a maioria dos estudiosos da avaliação, que o uso de métodos quantitativos e qualitativos em um mesmo estudo avaliativo pode torná-lo mais consistente (SAMICO, FIGUERÓ, FRIAS, 2010).

As dimensões objetivas e subjetivas são intrínsecas aos fenômenos complexos como o campo da saúde, imprimem qualidade e contribuem para a concepção ampliada da avaliação (DEMO, 1999; 2000; BOSI, UCHIMURA, 2007). A heterogeneidade e a complexidade dos serviços de saúde pedem abordagens quantitativas e qualitativas que favorecem a melhor compreensão do objeto avaliado (GUBA, LINCOLN, 1989).

Existe uma ampla variedade de desenhos e tipologias de avaliação que resulta da influência dos distintos enfoques avaliativos e campos de aplicação, além dos principais elementos avaliativos, os últimos são: objetos, momentos, critérios, função, atores e, por fim, o desenho metodológico da avaliação (AGUILAR & ANDER-EGG, 1995; ALTIERI, 2009; COHEN & FRANCO, 1993, MORO, 2009).

Os tipos de desenhos de estudo apropriados para avaliar: Quase experimental (abordagem quantitativa) e Estudo de caso (abordagem qualitativa). Quanto ao método e à

técnica de coleta de dados quantitativos pode ser inquéritos, registros da intervenção (sistemas de informações) e busca dos mesmos dados de todos, na ausência do observador. Já as técnicas e os métodos indicados para coletar informações qualitativas são: análise documental, diário de campo por meio da inserção do observador e existe flexibilidade na coleta. Como estratégia metodológica para avaliar a qualidade de ações em saúde tem-se a condição traçadora (o que ocorre considerando os casos?) e evento sentinela (o que ocorreu para que houvesse o óbito?). A análise de dados requer métodos estatísticos apresentados em forma de tabela, gráficos e modelos, no caso quantitativo, e a análise de conteúdo apresentada sob tópicos redigidos ou narrativas quando o estudo é qualitativo (SAMICO, FIGUERÓ, FRIAS, 2010).

O estudo de caso, um dos desenhos mais utilizados na pesquisa qualitativa desenvolvida na avaliação dos serviços de saúde, traduz, emblematicamente, a lógica científica desta abordagem. Este tem como objeto uma unidade, cuja a natureza e a abrangência podem conter entre outros um indivíduo, uma instituição, um município, um processo de implantação de uma estratégia de prestação de serviços, em relação a qual se pretende alcançar uma compreensão aprofundada (DESLANDES, GOMES, 2004). De tal forma, o estudo citado requer a triangulação de dados, teorias, métodos, técnicas de pesquisa e de pesquisadores, para valorizar a sua interpretação, sobressair os resultados contrastantes e complementares, assim como, permite a compreensão da complexidade dos processos sociais, a partir do fenômeno estudado (SPINK, MENEGON, 2004; MINAYO, 2006; PATTON, 1989).

A abordagem qualitativa tanto promove quanto requer a influência mútua entre o pesquisador e os sujeitos pesquisados, valorizando a intersubjetividade envolvida na produção e interpretação do material de campo. A forma rigorosa de coletar remete à credibilidade (validade interna) das conclusões (FELICIANO, 2010), que, por sua vez, depende da técnica de pesquisa qualitativa (observação participante, entrevista não estruturada ou semiestruturada, grupo focal, análise documental) selecionada para colher as informações (MINAYO, 2006; TRIVIÑOS, 1987; FLICK, 2004).

No caso da análise documental, coleta-se informações que dizem respeito ao passado (FELICIANO, 2010), deste modo é preciso construir um roteiro, pois os textos não falam por si e foram construídos por diferentes fontes (MINAYO, 2006; YIN, 2001). As análises de conteúdo e hermenêutica dialética têm sido as mais utilizadas nos estudos qualitativos no campo da saúde (MINAYO, 2006, GOMES et al., 2005).

A preocupação em se avaliar a qualidade dos programas e serviços de saúde vem crescendo nos últimos anos. Este fenômeno é consequência da ampliação na oferta dos serviços e do aumento considerável dos custos com a incorporação crescente de tecnologia para o diagnóstico e o tratamento de enfermidades. Além da questão econômica, os serviços precisam responder às novas necessidades e aos problemas de saúde decorrentes dos processos epidemiológicos e de transição demográfica (FRIAS, et al., 2010).

A definição de qualidade, a partir do foco do programa ou serviço a ser avaliado, e a construção de um instrumento a serem utilizados para avaliar, considerados como parâme-

tros referenciais, devem anteceder à realização da avaliação em saúde (FRIAS, et al., 2010).

Para Donabedian (1966; 1988; 1990) o modelo sistêmico, uma das principais vertentes da avaliação, observa a relação entre os componentes da estrutura (instrumentos, recursos, condições físicas e organizacionais), do processo (atividades, bens e serviços) e do resultado (efeitos a partir dos objetivos). Já os sete pilares da qualidade (efetividade, eficiência, equidade, aceitabilidade, otimização e legitimidade), outra vertente da avaliação, são atributos para avaliar a qualidade. Entretanto, a qualidade da atenção é uma redefinição sucessiva do inalcançável, assim, considera-se impossível estabelecer padrões normativos absolutos de qualidade (STARFIELD, 2002).

O modelo sistêmico é o referencial teórico mais utilizado para avaliar a qualidade e programa de saúde, em virtude de sua utilidade e simplicidade, mesmo diante de suas limitações (FRIAS, et al., 2010). Hartz (1997) ressalta os aspectos estruturais/operacionais de um programa. Mas existe uma teoria subjacente carregada de valor (ideias ou sentidos do que deve ser) que incorpora tanto os saberes científicos como os saberes práticos dos grupos implicados na avaliação.

É necessária a construção do modelo lógico do Programa para se ter um esquema visual do funcionamento deste, como também, da relação causal entre os seus elementos (componentes, insumos, produtos e resultados), percebendo como eles interagem para solucionar o problema que originou o programa. O desenho do modelo lógico contribui para

o entendimento comum a respeito dos problemas, dos objetivos e dos resultados esperados, daí sua importância para alcançá-los, além de esclarecer a coerência da lógica interna do programa, ou, ainda, de identificar lacunas e resultados fora da realidade (BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010).

O processo de elaboração do modelo lógico impõe a formulação de perguntas condutoras da investigação avaliativa, considerando a complexidade do objeto envolvido na intervenção. Estas perguntas avaliativas articulam o foco da avaliação, que deve anteceder a avaliação propriamente dita. Tanto a formulação quanto a seleção das perguntas avaliativas são processos fundamentais e decisivos para o sucesso da avaliação, que podem partir de um único ponto de vista (academia ou financiadores) ou, mais recentemente, de vários pontos de vista (participativa). Para Cronbach (1982), as perguntas avaliativas possuem duas fases, a divergente que tem potencial investigativo, e a convergente que seleciona as perguntas identificadas na fase anterior.

A complexa evolução dos problemas do mundo moderno, crescimento demográfico e pela mudança no padrão epidemiológico, associada ao baixo poder de resolutividade, além da exacerbação dos custos, origina o interesse pela avaliação dos programas e serviços de saúde, inclusive na Economia em Saúde (FRIAS, et al., 2010). Entretanto, existe uma carência de estudos de avaliação econômica (análise de rendimentos) no Brasil, por esse motivo o governo brasileiro passou a estimular os estudos de oferta e demanda em saúde, de avaliação de novas tecnologias médicas, entre outros (ANDRADE et al., 2007).

A avaliação econômica é um dos tipos de análise da pesquisa avaliativa que está relacionada com o planejamento em saúde e com a Economia da Saúde. Por isso, o planejamento de uma intervenção de saúde busca entender os custos para além dos recursos gastos em bens e serviços, e leva em conta as necessidades e oportunidades da sociedade (STENZEL, 1996; VIDAL, GUSMAO FILHO, SAMICO, 2010).

Os programas são objetos de avaliação, definidos como intervenção em saúde à medida que melhoram a saúde com impactos diretos e indiretos. Quando uma intervenção objetiva incrementar a eficiência ou reduzir gastos do sistema assistencial, e não o aprimoramento da saúde, é dita intervenção operacional (OVRETVITE, 1998).

A avaliação apresenta três momentos distintos: *Ex-ante*- estudo prospectivo (fase de planejamento); *Itinere*- durante a implementação das intervenções (diferente de monitoramento); *Ex-post*- após a conclusão da intervenção. Segundo Contandriopoulos et al. (1997), o programa de saúde necessita de uma pesquisa avaliativa para saber se produziu os efeitos esperados.

De forma geral, os resultados de uma intervenção podem ser verificados a partir dos desfechos: realizações (os produtos imediatos da intervenção); resultados (efeitos alcançados a médio e curto prazo); e impactos (efeitos positivos e negativos a longo prazo produzidos pela intervenção) (SERAPIONI, LOPES E SILVA, 2013). Já os critérios de avaliação devem ser acompanhados por uma norma ou padrão de desempenho que facilite o estabelecimento do nível

de sucesso da intervenção ou do grau de funcionamento de um serviço ou programa. Entre a ampla variedade de critérios avaliativos destacam-se: Relevância e pertinência; Efetividade-grau de alcance dos objetivos, realizações, resultados, impactos; Eficiência- resultados investidos e resultados obtidos (MEANS, 1999; HOLAND, 1985; VIEIRA DA SILVA, 2005).

4. Construção e seleção das abordagens da avaliação

Para Serapioni (2016), a avaliação, na perspectiva de sua jovialidade, acolhe diferentes visões sobre as suas abordagens por parte dos estudiosos e dos avaliadores. O mesmo cita vários autores renomados nesta temática que chegaram a um consenso de que avaliação: requer atenção para as questões dos métodos; quando ressalta a sua finalidade e sua utilidade aumenta o valor de uso para tomada de decisões; e que diante do seu pluralismo de valores é importante a inclusão de diversos atores no processo avaliativo.

A avaliação faz uso de ferramentas das ciências sociais para analisar os programas sociais e apresenta a mesma rigorosidade e debilidade da investigação social. Neste contexto, estão presentes tanto a abordagem qualitativa como a quantitativa (SERAPIONI, 2016). Para Glasser (1972), a avaliação torna-se mais complexa que a investigação social a partir da proposta de formular um juízo além de compreender a ação social.

De acordo com Bezzi (2003, p. 29) “A avaliação é um conjunto de atividades que permite expressar um juízo argumentado sobre políticas e programas”. O mesmo autor

refere que a argumentação funciona como uma base para a construção do processo avaliativo sistemático, pois permite apresentar todos os elementos formuladores dos juízos e os procedimentos metodológicos que levaram à análise e à interpretação dos respectivos elementos.

É consensual a necessária e desafiadora combinação apropriada dos métodos, das perguntas e das questões empíricas para a realização de um estudo avaliativo. Não sendo viável uma abordagem metodológica única para todos os problemas (SERAPIONI, 2016). Minayo e Sanches (1993); Patton (1999), Serapioni (2000) e Hartz (2008) consideram que o qualitativo *versus* o quantitativo tem assumido posição mais amistosa.

No relacionado à utilidade dos resultados de um estudo avaliativo, Aguilar e Ander-Egg (1995) referiram que a avaliação parte de um sentido utilitário e prático, não simplesmente por interesses acadêmicos. Segundo Serapioni (2016, p. 68), B“A pesquisa avaliativa deve ser efetuada para que seus resultados e recomendações sejam realmente aplicados”. Condição defendida por Patton (1997, p. 20), “os resultados da avaliação deveriam ser julgados pela sua utilidade”.

No concernente à função, a avaliação pode ser dita somativa que se concentra nos estudos de resultados ou efeitos dos programas, para determinar o cumprimento e o valor dos objetivos, ou, ainda, formativa que se preocupa com as atividades de monitoramento e acompanhamento realizadas durante o processo de execução da intervenção (AGUILAR ANDER-EGG, 1995 apudSERAPIONI, LOPES, DA SILVA, 2013).

Quanto aos atores da avaliação, Guba e Lincoln (1998) identificaram três categorias de *stakeholders*: agentes (decisores políticos, financiadores, profissionais empenhados na realização do estudo), beneficiários (gestores, equipe do programa e os representantes das diversas categorias de interesses presentes em determinada área) e vítimas (pessoas afetadas pelos resultados da avaliação).

E a procedência dos avaliadores está relacionada ao tipo de avaliação, se for interna, sugere mais parcialidade e mais conhecimento do contexto, no caso da externa, identifica-se menos parcialidade e menos conhecimento do contexto, já a mista mostra a redução dos fatores críticos das duas abordagens anteriores e a valorização dos pontos positivos: objetividade e conhecimento do programa a ser avaliado. A participativa, segundo Guba e Lincoln (1998), é inclusiva ou de quarta geração, nesta, Hartz (2008) diz que o avaliador torna-se um dos atores do processo avaliativo.

O desenho metodológico da avaliação está relacionado com os objetivos do programa, as perguntas que se quer responder e, ainda, os recursos à disposição dos avaliadores. Para Patton (1997), o objetivo principal da avaliação é a utilização de seus resultados por parte dos que a encomendaram. Todavia, Guba e Lincoln (1998) focam na valoração da contribuição dos diversos atores sociais que participam no processo coletivo de compreensão do programa avaliado. Assim, este desenho compreende tanto as opções metodológicas necessárias à coleta de dados, como as etapas referentes à identificação das perguntas-chave, a definição dos objetivos e a escolha do modelo avaliativo.

Desse modo, para a construção e seleção das abordagens da avaliação busca-se conhecer temas centrais ou fundamentos da avaliação: Por que avaliar? Qual relação existe entre o programa e a avaliação? Como desenhar o modelo da avaliação? Como escolher os métodos mais adequados? Qual é o papel do avaliador?

Esses questionamentos e os outros aspectos da avaliação Nicoletta Stame (2001) reclassificou os modelos de avaliação em três grandes abordagens, por considerar que o termo abordagem traduz um conjunto de modelos diferentes e, ainda, uma coexistência, desta forma são descritas a seguir:

- **Positivista-experimental**

Data do início dos estudos avaliativos relacionados às políticas públicas sociais nos EUA, com a tarefa principal de mensurar os efeitos de um programa a fim de definir, precisamente, seus objetivos e estabelecer os indicadores para efetuar tais mensurações. Entre os principais autores que trabalharam nesta perspectiva: Stame; Hyman, Suchman e Weiss com seus primeiros trabalhos; Campbell, o teórico da experimentação; além de Rossi; Freeman, Lipsey e Chen (SERAPIONI, 2016).

Esta abordagem recorre a desenhos experimentais e quase experimentais, técnicas de pesquisa quantitativa, avaliadores externos ao programa, avaliação *ex-post* (somativa).

Entretanto, Moro (2009) referiu que esta abordagem não identifica quais os mecanismos que levaram a mudança,

pois ela não compreende como funciona o programa nem os meios que relacionam as causas e os efeitos. E, Stame (2007) defende esta abordagem a partir da consideração da teoria, e não da centralidade metodológica.

- **Pragmatista**

Esta abordagem avalia o programa com base nos valores internos ou externos (STAME, 2001). Scriven (1991) defende a liberdade da avaliação em relação aos seus objetivos (*goal free evaluation*) e apresenta duas dimensões para o juízo de valor, o mérito (valor intrínseco) e a demanda da população no contexto da avaliação (valor extrínseco). Entretanto, Moro (2009) relata que o resultado de uma pesquisa avaliativa deve estabelecer a validade de um objetivo.

Neste âmbito, ainda, Donabedian (1980) propõe separar a qualidade em 3 grandes categorias que compõe um serviço de saúde: estrutura/processo e resultado. Serapioni (2016) referiu a relação desta abordagem com a gestão e a melhoria contínua da qualidade.

- **Construtivista**

Tem a proposta de observar o desenvolvimento da intervenção mais do que aferir o alcance dos objetivos ou os padrões estabelecidos anteriormente (SERAPIONI, 2016). São considerados os efeitos positivos ou negativos inesperados (MORO, 2009).

Esta abordagem apresenta vários modelos de avaliação, conforme descrito abaixo:

- Avaliação de quarta geração – avaliador participa junto com outros atores e tem a função de mediador (GUBA E LINCOLN, 1989)
- Avaliação focada na utilização – atribui importância ao contexto político e organizativo em que são tomadas as decisões (PATTON, 1997)
- Avaliação como processo social e político (CRONBACH, 1996)- função de facilitar o processo democrático e pluralista
- Avaliação sensível aos valores dos *stakeholders* de Stake (2007)- sacrifica um certo rigor nas mediações em troca de uma maior utilidade dos resultados
- Avaliação para empoderamento (*Empowerment Evaluation*)- usa conceitos e técnicas de avaliação para ajudar as pessoas a ajudarem a si próprias e a aperfeiçoar o programa/valor educativo (FETTERMAN, 1994).

- **Modelos Mistos**

Esta abordagem apresenta a ramificação de dois modelos teóricos: a avaliação baseada na teoria e a avaliação realista (STAME, 2001), em função da variedade de abordagens busca-se combinar métodos e ferramentas teóricas de diferentes origens (SERAPIONI, 2016). A avaliação deve entrar na caixa negra do programa, pois conhecer apenas os resultados não é suficiente para aprimorar o programa ou revisar uma política (WEISS, 1997).

A avaliação baseada na teoria visa compreender os pressupostos do programa para aferir a sua efetividade, ante os questionamentos: O programa funciona? O que faz funcionar? Por que teve êxito? Como pode funcionar melhor? (WEISS, 1997). Para a mesma autora, ela é desdobrada em duas dimensões:

- Teoria da implementação que analisa a forma como são realizadas as atividades do programa, pois pressupõe-se que a realização com qualidade e de acordo com o planejamento inicial alcançará os resultados esperados.
- A teoria do programa avalia os mecanismos intermediários entre a prestação das atividades e o alcance dos resultados/ “o mecanismo de mudança não é constituído pelas atividades do programa e sim pela resposta que essas atividades geram” (WEISS, 1997, p.46).

No caso da avaliação realista, existe uma busca em compreender como a intervenção obteve resultado, chamada de causalidade generativa, pois, para Pawson (2002, p. 324) “não são os programas que funcionam, mas os recursos que eles oferecem para habilitar os sujeitos a fazê-lo funcionar”. Ao certo que, a avaliação construtivista reconhece a importância da relação entre o avaliador e os *stakeholders*, porém, o avaliador mantém seu papel de cientista social.

É interessante responder aos questionamentos: O que deste programa possibilita o seu funcionamento? Quais os mecanismos de mudança desencadeados pelo programa?

Porque, em alguns contextos, alguns mecanismos funcionam e outros não? Porque o mesmo programa gera resultados diversos em contextos diferentes? (SERAPIONI, 2016).

Para Serapioni (2016), a avaliação realista consiste na compreensão do contexto (pessoas, processos, instituições) e dos mecanismos que podem funcionar em um determinado contexto.

Considerações finais

Segundo Alkin (2004), o campo da avaliação surgiu a partir de duas necessidades: 1ª prestação de contas e controle dos programas e a 2ª investigação social, o desenvolvimento desta segunda originou a pesquisa avaliativa. O estudo avaliativo tem entre os objetivos essenciais: contribuir para orientar políticas; melhorar o desempenho dos programas; gerar informações para tomada de decisão e determinar o mérito e o valor do objeto avaliado (WEISS, 1993; PRESKILL; CARACELLI, 1997).

Já Patton (1997) considera avaliação como uma coleta de informações sistematizadas sobre as atividades, características e resultados de programas, a fim de julgar melhoria e/ou decisão futura com foco nos usuários e nos objetivos pretendidos. Assim, o processo avaliativo pode contribuir para contínuo crescimento e melhoria das políticas e práticas, tanto a partir dos procedimentos, quanto dos resultados das avaliações (FIGUERÓ et al., 2012).

Sua utilização se dá pelos seguintes critérios: usos da avaliação (instrumental, conceitual e político ou simbólico); tipos de influência (fonte, intenção e tempo); e níveis de in-

fluência (individual, interpessoal e coletivo) (WEISS, 2005; KIRKHART, 2000; MARK, 2004; HENRY; MARK, 2003).

Contandriopoulos, Brousselle e Kêdoté (2008) afirmam a variedade da natureza e dicotomia entre si dos objetivos de uma avaliação e apresentam os objetivos oficiais, em concordância com outros autores, a seguir: ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção (objetivo estratégico); fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer (objetivo formativo); determinar os efeitos de uma intervenção ao seu final para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida (objetivo somativo); utilizar os processos de avaliação como um incentivo para transformar uma situação injusta ou problemática, visando o bem-estar coletivo (objetivo transformador); e, por fim, contribuir para o progresso dos conhecimentos, para elaboração teórica (objetivo fundamental).

Desse modo, a avaliação pode iniciar a partir da elaboração da intervenção com a finalidade de aprimorar o seu desenho, como também, de permitir o acompanhamento e avaliação desde o começo por meio da elaboração de um modelo. Nesse caso, a avaliação é dita formativa, e se a avaliação ocorrer após a implantação do programa ou intervenção é definida como somativa. O estudo avaliativo pode ser realizado com objetivo de aprofundar um assunto pouco conhecido, ou uma nova abordagem teórica ou metodológica. E, ainda, de auxiliar na reflexão coletiva a respeito das potencialidades da intervenção ou programa e rever as práticas com fins de obter melhores indicadores de saúde regional (CONTANDRIOPOULOS, BROUSSELLE, KÊDOTÉ, 2008; SOUZA; SANTOS; FRIAS, 2014).

Uma intervenção de saúde compreende componentes estratégicos, técnico operacionais e estruturais, os quais podem ser apresentados juntos ou priorizados individualmente na construção do modelo lógico da avaliação. A avaliação de uma intervenção é desafiadora do ponto de vista teórico operacional, a partir da abordagem parcial das interações pelos sistemas avaliados, pois não levam em conta a real complexidade e interdependência das conexões envolvidas (SANTOS; CRUZ, 2014).

Este tipo de estudo se depara com limites de ordem das questões ligadas às interações entre os agentes que apresentam diferentes habilidades, formações técnicas, culturais e políticas que se confrontam com a experiência, informação científica, ecomunicação em contextos políticos e organizacionais. Condição que torna viável reforçar a competência para criar interesses e estabelecer elos (TROSTLE; BRONFMAN; LANGER, 1999).

Nos casos de problemas de saúde urgentes e complexos se justifica investir em avaliação que valorize a participação dos interessados, a negociação de questões conexas, dos processos de trabalho e a discussão e validação contínua dos resultados com os envolvidos (CARACELLI, 2000). Espera-se, em uma proposta de avaliação participativa, que os processos e produtos da atividade avaliativa sejam incorporados às práticas das organizações, permitindo mudanças institucionais, sociais e políticas, promovidas pela ação conjunta de compreensão, análises e atribuição de novos significados das rotinas (RUSSELL; WILLIAMS, 2002). O diálogo deve prevalecer à discussão e significar uma comunicação

valiosa e construtiva, na qual os avaliadores e responsáveis pelos programas se tornam coaprendizes e corresponsáveis por seus usos (ROSSMAN; RALLIS, 2000).

REFERÊNCIAS

AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. Petrópolis: Vozes, 1995.

ALKIN, M. C. **Evaluation roots: tracing theorists' views and influences**. Part.1 Introduction. Thousand Oaks: Sage Publications, 3-65, 2004.

ALTIERI L. **Valutazione e partecipazione**. Metodologia per una ricerca interativa e negoziata. Milão: Franco Angeli, 2009.

ANDRADE, E. I. G.; ACURCIO, F. A.; CHERCHIGLIA, M.L.; BELISÁRIO, S. A.; GUERRA JUNIOR, A. A.; SZUSTER, D.A.C. Pesquisa e produção científica em economia da saúde no Brasil. **Ver. Adm Pública [on line]**.41 (2): 211-35, 2007.

BEZZI C. **Il disegno della ricerca valutativa**. Milão: Angeli, 2003.

BEZERRA, L. C. de A.; CAZARIN, G.; ALVES, C. K. de A. Modelagem de Programas: Da teoria à operacionalização. In: SAMICO, I.; FELISBERTO, E., FIGUERÓ, A. C., FRIAS, P. G. de. **Avaliação em saúde, bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 65-78, 2010.

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Ver. Saúde Pública**. 41(1):150-53, 2007.

BRAGA, C; ALBUQUERQUE, M. F. P. M; MORAIS, H. M. A produção do conhecimento científico e as políticas de saúde públi-

ca: reflexões a partir da ocorrência da filariose na cidade do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cad Saúde Pública**. 20:351-61, 2004.

BRASIL. Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde – Relatório da Reunião Internacional para Implementação de Alternativas para o Controle do *Aedes aegypti* Volume 47 Nº 15 - ISSN 2358-9450, 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/23/2016-008---DengueSE8-publica--o.pdf>>. Acesso em: 02 de mai. 2016.

CAMPBELL, D.; STANLEY, J. **Experimental and Quasi-Experimental Design for Research**. Chicago: Rand McNally. 1966.

CAPRARA, A; LIMA, J.W. de O.; PEIXOTO, A.C.R.; MOTTA, C. M. V.; NOBRE, J. M. S.; SOMMERFIELD, J.; KROEGER, A. Entomological impact and social participation in dengue control: a cluster randomized trial in Fortaleza, Brazil. **Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**, 2015. Disponível em: <<https://trstmh.oxfordjournals.org/content/109/2/99.full>>. Acesso em: 10 de fev. 2016.

CARACELLI V.J. **Evaluation use at the threshold of the twenty-first century**. New Directions for Evaluation. 88:99-112, 2000.

CDC Centers for Disease Control and Prevention WR. Framework for Program Evaluation in Public Health. MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report. 48(RR-11):1-40, 1999.

CHAMPAGNE, F.; A. P.; BROUSSELE, A.; HARTZ, Z. M. A.; DENIS, J. L. L'évaluation dans CONTANDRIOPOULOS le domaine de la santé: concepts et méthodes. In BROUSSELE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; HARTZ, Z. M. A. **L'évaluation concepts et méthodes**. Montreal: Les Presses de l'Université de Montreal, 35-56, 2009.

CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; BROUSSELE, A.; HARTZ, Z. Modelizar as intervenções. In BROUS-

SELE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; HARTZ, Z. M. A. (Orgs). **Avaliação conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; BROUSSELE, A.; HARTZ, Z.; DENIS, J. L. A avaliação no campo da saúde conceitos e métodos. In BROUSSELE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; HARTZ, Z. M. A. (Orgs). **Avaliação conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

CHAMPAGNE F. The use of scientific evidence and knowledge by managers. Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé. N99-01, Disponível em: <>.

COHEN, E.; FRANCO, R. **Avaliação dos projetos sociais**. Petrópolis: Vozes, 1993.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L.; PINEAULT, R. A. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), 1997:29-48.

CONTANDRIOPOULOS, D.; BROUSSELLE, A.; KÊDOTÉ, N.M. Evaluating interventions aimed at promoting information utilization in organizations and systems. **Health Policy**. 4(1):89-107, ago. 2008.

COOK, T. D.; CAMPBELL, D. T. **Quasi-experimentation: Design and analysis issues for field settings**. Chicago: Rand-MacNally, 1979.

CRONBACH, L. J.; SHAPIRO, K. **Designing Evaluation of Educational and Social Programs**. San Francisco: Jossey-Bass, 1982.

CRONBACH, L. J. Ninety-five theses for reforming program evaluation. In: MADAUS, G. F.; SCRIVEN M. S., STUFFLE-

BEAN D. L. (Orgs.). **Evaluation models**. Viewpoints on educational and human service evaluation. Boston: Kluwer-Nijhoff, 11.ed.p. 405-412, 1996.

DEMO, P. **Avaliação qualitativa**. São Paulo: Cortez, 1999.

_____. Educação e qualidade. Campinas: Papirus, 2000.

DENIS J. L.; CHAMPAGNE, F. Análise de implantação. In: HARTZ, Z. M. A. (Org). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 49-88, 1997.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In BOSI, M. L. M.; Mercado, F. J. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa dos serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 99-120, 2004.

DONABEDIAN, A. **Evaluating the quality of medical care**. Milbank Mem Fund. 44 (3): 166-206, 1966.

DONABEDIAN, A. **The quality of care: how can it be assessed?** JAMA, 260 (12): 1743-48, 1988.

DONABEDIAN, A. La dimensión internacional de la evaluación y of care research and garantía de la calidad. **Salud Pública de Mexico**, 32, 113-117, 1990.

FARIA, C. A. P. A política da avaliação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, 20 (59), pp. 97-109, 2005.

FELICIANO, K. V de O. Abordagem qualitativa na Avaliação em saúde. In: SAMICO, I.; FELISBERTO, E.; FIGUERÓ, A. C.; FRIAS, P. G. de. **Avaliação em saúde, bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 29-42, 2010.

FETTERMAN, D. **Empowerment evaluation**. Evaluation Practice. 15(1):1-15,1994.

FIGUERÓ, A. C.; HARTZ, Z.; SAMICO, I.; CESSÉ, E. A. P. Usos e influência da avaliação em saúde em dois estudos sobre o

Programa Nacional de Controle da Dengue. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 28(11):2095-2105, nov, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n11/09.pdf>. Acessado em: 03 de mai.2016.

FIGUERÓ, A.; FRIAS, P. G. de; NAVARRO, L. M. Avaliação em saúde conceitos básicos para a prática nas Instituições. In: SAMICO, I., FELISBERTO, E., FIGUERÓ, A.C., FRIAS, P.G. de. **Avaliação em saúde, bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010: 1-14.

FIGUERÓ, A. C.; THURLER, L. C.; DIAS, A. L. F. Padrões internacionais dos estudos de linha de base. In: HARTZ, Z. M. A.; FELISBERTO, E., SILVA, L. M. V. (Orgs). **Meta-avaliação da atenção básica à saúde: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 47-70, 2008.

FIGUERÓ, A. C. **Abordagens metodológicas: como avaliar?** Texto de apoio. Módulo 1- Unidade pedagógica 3. Curso Básico de avaliação em saúde- Modalidade Educação à distância. Recife: Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), 2008.

FLICK, U. **Uma introdução a pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Brookman, 2004.

FREY, K. **Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas no Brasil**, Planejamento e Políticas Públicas, 21, p. 211-259, 2000.

FRIAS, P. G. de; COSTA, J.M.B. da SILVA; FIGUERÓ, A. C.; MENDES, M. F. de MEDEIROS; VIDAL, S. V. Atributos da qualidade em saúde. In: SAMICO, I., FELISBERTO, E., FIGUERÓ, A. C., FRIAS, P. G. de. **Avaliação em saúde, bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 43-56, 2010.

GARCIA, A. T. A implementação de políticas públicas de ambiente – o caso da qualidade da água para consumo humano. **Análise Social, ISSN [online], 211, XLIX (2.º)**. Lisboa-Portugal, 2014.

GLASSER, P. H. **La ricerca valutativa**. Padova: Fondazione Cancan, 1972.

GOMES, R.; SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S.; MALAQUIAS, J. V.; RIBEIRO DA SILVA, C. F. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Orgs.) **Avaliação por triangulação de métodos**: Abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 185-93, 201-08, 2005.

GÓMEZ, C. M.; MINAYO, M. C. S. Enfoque ecossistêmico de saúde: uma estratégia transdisciplinar. **Revista de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente**, v.1, n.1, ago. 2006. Disponível em: <>. Acesso em: 15 de mai. 2010.

GREENE, J. E., CARACELLI, V. **Advances in mixed-method evaluation**: the challenges and benefits of integrating paradigms, New Direction for Programme Evaluation, n. 74, San Francisco: Jossey-Bass, 1997.

GUBA, E.; LINCOLN, Y. **Fourth Generation Evaluation**. Newbury Park: Sage, 1989.

_____. **Avaliação de quarta geração**. Tradução Beth Honorato. Campinas, São Paulo: Editora da Unicamp, 2011.

HARTZ, Z. M. A. Avaliação do programa materno infantil: análise da implantação em sistemas locais no Nordeste do Brasil. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.) **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 89-131, 1997.

HARTZ, Z. M. A. Avaliação em saúde. In PEREIRA, I. B.; LIMA, J.C.F. (Orgs) **Dicionário de educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 50-5, 2008.

HENRY, G. T.; MARK, M. M. Beyond USE: understanding evaluation's influence on attitudes and actions. **Am J Eval**. 24:293-314, 2003.

HOLLAND, W. W. (Org.). **Evaluation of health care**. Oxford: Oxford University Press, 1983.

HOWLETT, M.; RAMESH, M.; Perl, A. **Studying Public Policy**. Oxford: Oxford University Press, 2009.

IBGE CIDADES, FORTALEZA, 2010/2015. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=230440>>. Acesso em 23 de abr. 2016.

KIRKHART, K. E. Reconceptualizing evaluation use: an integrated theory of influence. *New Directions for Evaluation*. **Sage Journal**. 88:5-23, 2000.

MARK, M. M.; HENRY, G. T. The mechanisms and outcomes of evaluation influence. *Evaluation*. **Sage Journal**. 10:35-57, 2004.

MEANS collection. Evaluating socio-economic programmes. Glossary of 300 concepts and technical terms. Vol. 6. Luxembourg: European Commission, 1999.

MINAYO, M. C.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? **Caderno de Saúde Pública**. 9(3):239-62, 1993.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2006.

MORO, G. **La valutazione delle politiche pubbliche**. Roma: Carrocci, 2009.

NOVAES, H. M. Avaliação de programas, serviços e tecnologia em saúde. **Revista de Saúde Pública**. 34(5), 547-59, 2000. DOI : <10.1590/S0034-89102000000500018>.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Prevenção e controle da Dengue nas Américas: enfoque integrado e lições aprendidas, 2007a. Disponível em <<http://www.paho.org/portuguese/gov/ce/ce140-17-p.pdf>>. Acesso em: 8 de nov. 2015.

OVRETVEIT, J. **Evaluating Health Interventions**. Buckingham: Open University Press, 1998.

PATTON, M. Q. **How to use qualitative methods in evaluation**. 3.ed. United States of America: Sage Publications, 1989.

_____. **Utilization-focused evaluation**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 23-29, 1997.

_____. **Enhancing the quality and credibility of qualitative analyses**. Health Services Research. 34(5):1189-208, 1999.

PAWSON, R. **Evidenced-based policy**: the promise of “realist synthesis”. Evaluation, 8 (3): 340-58, 2002.

PRESKILL H, CARACELLI V. Current and developing conceptions of use: evaluation use tig survey results. **Am J Eval**. 18:209-25, 1997.

RODRIGUEZ-MORALES, A. J. **As arboviroses na América Latina**. II Painel Latino-Americano Arboviroses de Importância para Saúde Humana. 2016 Disponível em: <http://www.academia.edu/29668924/II_Painel_Latino-Americano_Arboviroses_de_Import%C3%A2ncia_para_Sa%C3%BAde_Humana>.Data de acesso

ROSSMAN, G. B.; RALLIS, S. F. **Critical inquiry and use as action**. New Directions for Evaluation. 88: 55-70, 2000.

RUSSELL, S.; WILLIAMS, R. Social shaping of technology: frameworks, findings and implications for policy. In: SORENSEN, K.; WILLIAMS, R.(Editors). **Shaping technology, guiding policy**. Cheltenham: Edward Elgar; p. 37-131, 2000.

SAMICO, I.; FIGUERÓ, A. N.; FRIAS, P. G. de. Abordagens Metodológicas na Avaliação em Saúde. In: In: SAMICO, I., FELISBERTO, E., FIGUERÓ, A. C., FRIAS, P. G. de. **Avaliação em saúde, bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 15-28, 2010.

SANTOS, E. M. dos; CRUZ, M. M. da. Introdução. In SANTOS, E. M. dos; CRUZ, M. M. da (Orgs). **Avaliação em saúde dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas de controle endêmicos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

SCRIVEN, M. **Evaluation Thesaurus**. 4. ed. Newbury Park: Sage Publications. 1991.

SERAPIONI, M. Conceitos e métodos para a avaliação de programas sociais e políticas públicas Sociologia. **Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto**. Vol. XXXI, 2016, pág. 59-80.

_____. Métodos qualitativos e quantitativos: algumas estratégias para a integração. **Ciência & Saúde Coletiva**. (5)1:187-92, 2000.

SERAPIONI, M; LOPES, CMN; SILVA, MGC da. Avaliação em Saúde. Cap. 28, p. 533-56, In: ROUQUAYROL, M.Z. SILVA, M. G. C da. **Epidemiologia & Saúde**, 7.ed. São Paulo., Medbook, 2013.

SOUZA SANTOS, E.M. dos; FRIAS, P.G de. **Avaliação do grau de implementação do projeto nascer – maternidades relacionado à Sífilis Congênita em Pernambuco**. In SANTOS, E.M. dos; CRUZ, M. M. da (Orgs.). **Avaliação em saúde dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas de controle endêmicos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

SPINK, M. J. P.; MENEGON, V. M. A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: SPINK, M. J.P (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 63-92, 2004.

STAKE, R. E. La valutazione di programmi, com particolare riferimento alta valutazione sensibile. In: STAME, N. (Org.). **Classic della valutazione**. Milão: Angeli, 156-77, 2007.

STAME, N. **The approcci principal ala valutazione**: distinguere e combinare. In Palumbo M (Org.). **II processo di valutazione. Decidere, programmare, valutare**. Milão: Angeli, 21-46, 2001.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 481-564, 2002.

STENZEL, A. C. B. **A temática da avaliação no campo da saúde coletiva**: uma bibliografia comentada. 258p. [Dissertação] Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do departamento de Medicina Preventiva e Social. Faculdade de Ciências médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1996.

STUFFLEBEAM, D. The CIPP Model for Program Evaluation, In MADAUS, G. et al.(Orgs.), **Evaluation Models**. Viewpoints on Educational and Human Services Evaluation. Dordrecht: Kluwer Nijhoff Publishing, 1996.

TREVISAN, A. P.; VAN BELLEN, H. M. (2008), Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. **Revista de Administração Pública**. 42 (3), p. 529-550, 2008.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TROSTLE J, BRONFMAN M, LANGER A. How do researchers influence decision makers? Case studies of Mexican policies. **Health Policy Plann**. 14:103-14, 1999.

VIDAL, S. A.; GUSMÃO FILHO, F. A. R. de; SAMICO, I. Avaliação econômica em saúde. In Avaliação em saúde, bases conceituais e Operacionais. Samico, I., Felisberto, E., Figueró, A.C., Frias, P.G. Rio de Janeiro: MedBook, 2010: 109-129.

VIEIRA-DA-SILVA L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.;VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Orgs.).Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador/Rio de Janeiro: EDUFBA/Editora FIOCRUZ, 2005:15-39.

WEISS, CH. Where politics and evaluation research meet. **Am J Eval**. 14:93-106, 1993.

WEISS, C. H. **Theory-based evaluation:** past, presente, and future. *New Directions for Evaluations*, 76: 41-55, 1997.

_____. **The interface between evaluation and public policy.** *Evaluation*. 5:468-86, 1999.

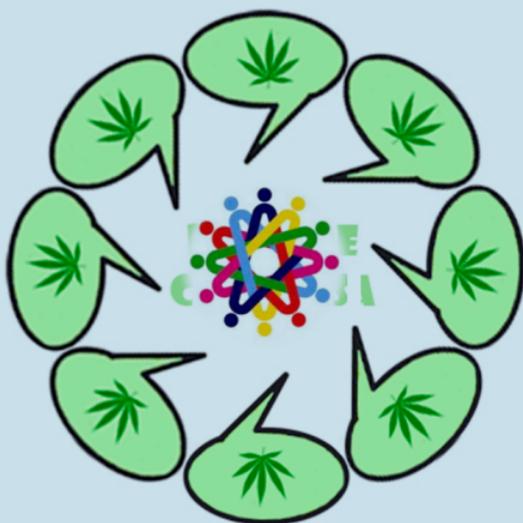
_____. Murphy-Graham E, Birkeland S. An alternative route to policy influence: how evaluations affect D.A.R.E. **Am J Eval.** 26:12-30, 2005. Os 3 faltam a cidade.

WORTHEN B. R.; SANDERS, J. R.; FITZPATRICK, J. L. **Avaliação de programas:** concepções e práticas. São Paulo: Gente, 2004.

YIN, R. K. **Case study research:** design and methods second edition. Thousand Oaks, CA:Sage, 1994.

_____. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

PROIBIDA A DIVULGAÇÃO
REVISÃO DO AUTOR



PARTE 2

CUIDADO EM SAÚDE: VIVÊNCIAS NA COLETIVIDADE

TER DOENÇA FALCIFORME: O SIGNIFICADO NAS MÃOS E VOZES DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES.

Livia Lopes Custódio

Ilvana Lima Verde Gomes

Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão

Layza Castelo Branco Mendes

Introdução

A doença falciforme (DF) faz parte do grupo das hemoglobinopatias, apresenta caráter genético, hereditário e é uma das principais e mais frequentes patologias que acomete a população humana (CANÇADO; JESUS, 2007). Sua causa é uma alteração no gene da globina beta da hemoglobina normal (Hb A), que substitui em molécula de hemoglobina anormal, denominada hemoglobina S (Hb S) (NAOUM; NAOUM, 2004).

Essa alteração ocorre devido à presença da baixa tensão de oxigênio que incide na polimerização da Hb S, culminando na transformação da clássica forma do eritrócito bicôncavo, modificando-a para forma alongada e rígida como uma foice (FELIX; SOUZA; RIBEIRO, 2010).

O formato de foice motiva irregularidade na superfície de contato da corrente sanguínea, ocasionando a redução

ou obstrução do fluxo de sangue, com consequências de anemia hemolítica, isquemia e infarto tecidual, resultando em lesão orgânica crônica e em crises dolorosas agudas, que são as revelações mais típicas da doença (ZAGO, PINTO, 2007; GUIMARÃES, MIRANDA, TAVARES 2009).

As manifestações clínicas da DF apresentar-se-ão no decorrer da vida dos doentes falcêmicos ocasionando um alto grau de sofrimento com alterações em diversos órgãos e sistemas (MORRIS, 2008), com forma recorrente de dor e intensidade, manifestadas de modo diferente em cada indivíduo.

Nas crianças, a DF se manifesta logo nos primeiros meses de vida, pode ocorrer sequestro esplênico, icterícia, priapismo, anemia crônica, acidente vascular cerebral (AVC), retardo no crescimento e desenvolvimento. Porém, a mais frequente e mais comum é o fenômeno dactilite ou síndrome mão-pé, responsável pela maioria dos casos de atendimentos de emergência e hospitalização. Já síndrome torácica aguda, é a segunda causa de hospitalização e a mais comum em mortalidade, com alta recorrência após o primeiro episódio. Nos adolescentes, o mais comum que aparece é a úlcera de perna, brota em forma de lesões exsudativas, com tamanho variável, extremamente dolorosa, susceptíveis à infecção, de difícil tratamento e com alto índice de recorrência (BRASIL, 2013).

Considerada um problema de saúde pública no Brasil, a DF apresenta quadros de grande gravidade e intensidade da dor que exige atendimento imediato nos serviços de atenção à saúde e, quando a dor fica muito forte, os doentes falcêmicos precisam se dirigir às unidades de urgências e

emergências para tratamentos hospitalares, que podem implicar em internações sucessivas e frequentes.

Esse período de adoecimento compromete e altera o cotidiano de vida das crianças e dos adolescentes com doença falciforme, configurando-se, segundo a Organização Mundial da Saúde (2003), como um quadro de condição crônica que requer gerenciamento e cuidados contínuos por um longo período de anos ou décadas.

Dentro desse contexto, o objetivo deste estudo foi compreender o significado atribuído pelas crianças e adolescentes sobre ter doença falciforme a partir de suas manifestações representadas por meio dos desenhos e falas.

Metodologia

Este estudo foi recorte de uma dissertação, cujo título: “O desenhar da doença falciforme: o significado nas mãos e vozes de crianças e adolescentes”; apresentou natureza descritiva, com enfoque de análise qualitativa. Foi realizado em uma unidade terciária do Estado do Ceará, localizada na cidade de Fortaleza, referência no atendimento a crianças e adolescentes com doenças graves e de alta complexidade.

Dentre os 16 participantes da pesquisa da dissertação foram escolhidos cinco para este capítulo, sendo eles da faixa etária de cinco a quinze anos de idade, com diagnóstico de doença falciforme, que concordaram em participar do estudo. As crianças foram identificadas com nomes de C₁, C₂, C₃ e os adolescentes por A₁ e A₂, com o intuito de preservar e garantir o anonimato.

A coleta de dados foi realizada no período de maio a julho de 2016, por meio de observações, falas dos participantes ou construções do desenho-estória de Trinca (1997). Para ele, esse instrumento ajuda a despertar nas crianças conteúdos internos de natureza dinâmica, pois é por meio deles que elas ilustram simulando suas fantasias, desejos, angústias, afetos, sentimentos, assim como expressões verbais ou não verbais de situações cotidianas.

O desenho-estória foi aplicado individualmente, de forma livre, de maneira que cada participante da pesquisa usasse a criatividade para desenhar, numa folha de papel ofício, a sua representação de ter doença falciforme. Em seguida, ela/ele era convidado(a) a falar, esclarecer e/ou explicar sobre o que havia produzido, atribuindo, assim, o seu significado.

Para análise dos dados, o processo ocorreu baseado à luz dos pressupostos básicos da análise de conteúdo de Bardin (2011), composto de três fases a serem seguidas: a pré-análise, a exploração do material e tratamento dos resultados. Após decodificação e categorização dos dados emergiram duas grandes categorias no trabalho da dissertação, mas para este ensaio foi retirado apenas uma, que foi: ter doença falciforme significa...

O estudo respeitou os preceitos éticos da pesquisa com seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e do Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS), sob o parecer de número 1.547.314.

Resultados e discussão

Ter doença falciforme significa...

Ao ser solicitado aos participantes da pesquisa que falassem ou desenhassem sobre suas vivências e suas percepções em relação a ter doença falciforme, foi verificado que cada um identificou o seu significado maior, evocando, muitas vezes, elementos importantes e essenciais por eles atribuídos.

Sobre os significados apreendidos de ter doença falciforme, o primeiro adolescente entrevistado falou: “[...] É chato ter essa doença, fica doendo minha perna e prejudica meu crescimento [...] Minha idade óssea é de sete a no máximo dez anos e eu tenho 14”. (A₁ -15 anos)

Para o adolescente A₁, o seu significado foi apresentado em forma de descontentamento em relação à doença falciforme além da sensação de se sentir diferente, referindo-se ao aspecto associado ao retardo de seu crescimento. Em sua fala, afirmou que a sua idade óssea não estava de acordo com sua idade cronológica, como um adolescente com idade e tamanho condizente com o período real, o que ocasionou uma alteração na sua autoimagem.

No estudo realizado por De Souza Freire et al (2015) foi visto, através da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que os adolescentes entrevistados demonstraram ter algum conhecimento acerca dessa doença; a maioria (83,3%) relatou não se sentir diferente perante os colegas, enquanto que o restante (16,7%) afirmou ter sim a sensação de ser diferente, devido às limitações impostas pela doença e pelo crescimento físico deficiente.

Sabe-se que a deficiência óssea faz parte da evolução da doença falciforme, suas condições e manifestações representam complicações físicas, clínicas e psicológicas para as crianças e os adolescentes. Isso produz vários problemas e sofrimentos que prejudicam e afetam muitos aspectos em suas vidas, tais como: ajustamento com a autoimagem, o autoconceito e a autoestima, além do retardo sexual, aparência, maturação física (MARQUES; CAVALCANTI; RUZZI-PEREIRA, 2015) e alterações no crescimento, seguido de atraso puberal (BRAGA, 2007).

Essas produções de problemas e sofrimentos ocasionados por essa enfermidade foram manifestados de uma outra maneira por uma criança de nove anos. Ela se caricaturou e escreveu algumas palavras nos balões em forma de desabafo, conforme se vê abaixo.

Desenho 1 – Sentimentos



Fonte: Criança de 9 anos. (C.)

Observa-se que C₁ escreveu sobre os afetamentos que mais marcaram a sua vida, como o que diz do lado esquerdo: “eu ne sito diferente” (eu me sinto diferente); em cima da cabeça tem “eu acho que só faço atrapalhar os outros” (eu acho que só faço atrapalhar os outros); por fim, do lado direito: “eu ne sito istresada” (eu me sinto estressada).

Ao ser perguntado se ela queria acrescentar mais alguma informação ou explicar o porquê dela ter escrito essas frases, ela simplesmente não deu uma palavra, não verbalizou nada, apenas olhou e baixou a cabeça. Claro que o seu direito de permanecer calado foi respeitado, seguindo as regras do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), e entendido que a sua produção expressou uma gama de seus sentimentos que por ela mesma foi escrito.

Sentimentos e desafetos ocasionados pela enfermidade são evidentes nas expressões de cada balão, aparecem como demonstração do significado latente da participante, ratificando, assim, aspectos de tristeza, estresse, sensação de se sentir diferente e de estar atrapalhando a vida de outras pessoas. Talvez seja essa a preocupação da criança em se sentir diferente, por ser doente, por precisa desse cuidado constante, com idas ao hospital, consultas mensais, por conta disso, achar que só faz atrapalhar os outros.

A tentativa de compreender os sentimentos vivenciados pelas crianças com câncer, foi que Silva et al (2012) realizou uma pesquisa e encontrou, durante sessões de Brinquedo Terapêutico, que as manifestações de sinais e sintomas da doença vivenciados pelas crianças levaram-nas a um estado de debilidade física e emocional, com a demonstra-

ção de tristeza e isso acarretou limitação na execução em suas atividades habituais.

No caso da doença falciforme, autores afirmam que as manifestações de sinais e clínicas impõem diversas modificações na vida dos que por ela são acometidos, o que acaba por proporcionar uma série de desafetos como sofrimentos, inúmeras adaptações, dificuldades e obstáculos na sua vida social e familiar, estresse, baixa autoestima, problemas de comportamento, entre outros (CASTRO, PICCININI, 2002; MENDES, SANT'ANNA E MARCH, 2013).

Dificuldades e inúmeras adaptações foram encontradas na fala de um adolescente que disse:

Essa doença é muito chata, moro no interior e tenho que dormir no hospital pra vir pro Sabin (para a consulta), perco muitas aulas. De madrugada o carro sai pra Fortaleza. Vou dormir no hospital porque é mais seguro, saímos de lá umas 3h [...] Isso atrapalha a minha vida e a da minha vó, que vem sempre comigo (A₂ -14 anos).

A₂ mora no interior e para receber acompanhamento médico, ele precisa se deslocar para Fortaleza, pois lá é o local aonde é oferecido o tratamento clínico para esse tipo de doença. Para isso, percebe-se que esse adolescente precisa pegar carona com o carro da prefeitura que sai do hospital, de madrugada, levando as pessoas doentes para a capital. No caso do participante, ele prefere “dormir” na unidade de saúde para evitar problemas em relação ao perigo ou à violência que já está instaurada na cidade. Fora essas complicações, o adoloscenrelatou ainda que precisa contar

obrigatoriamente com uma pessoa responsável para fazer o acompanhamento com ele, que no caso é a sua avó; além de precisar perder aula.

Tais dificuldades ocorrem pela necessidade de passar por várias adaptações, reorganizar a sua vida e da sua família em prol da sua saúde, essa situação vai ao encontro do que foi visto por Silva et al (2010), no qual mostrou que a maioria das famílias entrevistadas em seu estudo não residiam na cidade onde as crianças faziam o tratamento ou onde ficavam internadas, quando era necessário. Foi demonstrado que, essas famílias para terem acesso ao tratamento nos serviços de saúde tiveram que enfrentar dificuldades relacionadas ao transporte, havendo necessidade de reorganizar suas vidas, alterando seus cotidianos para atenderem às demandas de saúde da sua criança.

Ainda sobre a ideia dos autores supracitados, é percebido que eles reforçam que o tratamento de uma doença crônica interfere no funcionamento e na rotina da vida tanto da criança como também na de sua família, pois requer acompanhamento contínuo, disponibilidade de tempo, dedicação, reorganização de tarefas e todo o empenho dispensado a um de seus membros a partir dessa nova circunstância. Sendo assim, eles recomendam que os serviços de saúde precisam dispor de uma dinâmica específica, com estratégias capazes de reequilibrar situações do cotidiano da família, demandando adaptações individuais em torno da criança e/ou adolescente e de seus familiares.

As adaptações dos serviços de saúde aos doentes falcêmicos e seus familiares devem ocorrer de modo eficaz, de

modo a proporcionar qualidade de vida a essa população, já que a DF é uma doença crônica e que requer atenção desde a mais tenra idade. O que significa que deve haver o estabelecimento das diretrizes de cuidado e atenção integral com estrutura em todos os níveis da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS (BRASIL, 2015).

Compreende-se que a busca pelos serviços de saúde dos indivíduos com hemoglobinopatia ocorre mediante uma experiência de desconforto físico quando estão em estado avançado. As tentativas são iniciadas para que se possa haver uma regressão em melhorar o quadro clínico, com o intuito de neutralizar o mais rápido possível o que estão sentindo e continuar o caminho (CORDEIRO; FERREIRA; SANTOS, 2015, p. 1117).

No tocante à busca pelos serviços de saúde, viu-se que duas crianças trouxeram à cena registros sobre essa perspectiva de regressão e melhora do quadro clínico foi que uma criança, de onze anos, fez a exposição de uma flor meio colorida com um homem próximo olhando para cima, conforme o desenho abaixo.

Desenho 4 – A flor sendo cuidada



Fonte: Criança de 8 anos. (C4)

Ao ser solicitada para explicar o que seria a flor e o homem, a criança não se apegou aos detalhes, foi pontual, falou pouco e de maneira muito tímida, com a voz baixa disse primeiro apontando para a flor:- “[...] Isso é uma flor doente”. Depois apontando para o homem completou:- “[...] Esse homem cuida dessa flor”. Ao ser questionada quem seria esse homem, ela novamente apontou para ele e, antes de sair para consulta falou: - “Ele é o homem que cuida da flor, é o doutor”.

Nesse caso, é percebido que ela traz, por meio de sua fala, o cuidado e o olhar totalmente focados apenas para a flor, como uma coisa única. Segundo dados exibidos, a própria criança ilustrou o doutor como a presença de um profissional do serviço de saúde pelo que realiza o cuidado sobre a flor doente, que possivelmente seria ela mesma, como algo delicado, mas não citou a forma de atendimento, nem mesmo como se dava a interação entre profissional (doutor) com a paciente (flor).

Essa forma de olhar e cuidar demonstradas não podem estar focadas apenas na doença, centrado no modelo biomédico, como refletia Foucault (2000), é necessário lembrar-se do sujeito em si, que é capaz de desenvolver suas potencialidades, em seus aspectos biopsicossociais e subjetivos que promovam a saúde humana.

Ampliar a condição de viver com a doença falciforme para além da dimensão biológica é poder contemplar outras dimensões da vida humana de maneira mais significativa, para entender a produção subjetiva dos sentidos e significados do sujeito no processo de adoecimento.

Ainda sobre o uso dos serviços de saúde, outras duas participantes desta pesquisa fizeram suas caricaturas da doença se reportando e associando ao momento de internação, cada uma ilustrou a sua marca e como foi o seu período de hospitalização. Uma delas se desenhou fazendo uma associação ao momento em que esteve hospitalizada, como se observa a seguir.

Desenho 2 – Internada.



Fonte: Criança de 11 anos. (C₂)

Ao falar sobre o desenho, ela apenas disse: - “Aqui sou eu [...] Isso foi quando eu estava internada, tive que tomar soro, porque estava doente [...] muito doente [...] aí fiquei uns dias lá. Foi ruim”.

Interessante ressaltar que C₂ fez um recorte da sua internação, se desenhando em um hospital, mas sozinha, de maneira isolada, sem a presença de nenhum outro doente que estivesse passando por problemas de saúde, nem mesmo de algum profissional ou até mesmo de algum acompanhante. Enquanto que a outra criança também apresentou seu momento de internação, como se vê abaixo.

Desenho 3 – A internação



Fonte: Criança de 11 anos. (C.)

Ao explicar, ele apontou para o lado direito na parte inferior da folha e disse: - “Esse aqui sou eu [...] tô deitado na cama do hospital com outros meninos [...] tive que vir pra cá me internar no hospitalar por causa da doença [...]”. Fez uma boa pausa, parecendo retornar a cena e, depois, ficou com um semblante de tristeza.

Na cena do desenho três, percebe-se que a representação demonstrada por C_3 foi diferente da de C_2 . Ele evidenciou novos aspectos como o nome do local onde está, o quarto, a disposição das camas e a presença de outras crian-

ças que se encontravam na mesma situação de doente, mas não foi percebida a presença nem de acompanhante nem de cuidador, seja da própria família ou até mesmo da equipe multiprofissional de saúde da unidade junto à criança.

Quando crianças e adolescentes com doença falciforme estão em processo de adoecimento, principalmente durante as internações, eles enfrentam um corpo biológico doente que necessita de cuidados e uma boa assistência, tanto por parte dos pais ou de algum responsável que, de preferência, seja conhecido da criança, como também dos membros da equipe multiprofissional de saúde.

Essa assistência, durante a internação da criança e do adolescente doente, precisa ter caráter de qualidade, ser humanizada e por profissionais capacitados tecnicamente, visando ao restabelecimento do sujeito no processo de cuidar, no manejo clínico e o reconhecimento precoce das complicações. É importante acrescentar, ainda, como dizem Soares et al (2014, p.283), que o profissional tem o desafio de enfrentar, conhecer e intervir nas questões que envolvem as pessoas com DF, com vistas a ouvir e compreender o que o outro tem a dizer, orientando suas atitudes e decisões e respeitando suas narrativas.

Os autores Lanzoni et al (2011) apontam que, para que o processo de cuidado ocorra de maneira positiva na experiência do adoecimento é necessário existir interações entre o profissional com o paciente, além de uma assistência integrada a fim de melhor compreender fatos e fenômenos distintos que ocorrem em um mesmo ambiente, para que haja uma abertura e ampliação de olhares que possam vir a permear as ações sobre o cuidar.

No entanto, essa prática de assistência junto à criança ou ao adolescente no ambiente hospitalar durante a doença nem sempre ocorre de maneira humanizada e nem sempre deixa marcas positivas; ao contrário, o efeito pode ser inverso, segundo foi destacado em um dos depoimentos de um dos adolescentes entrevistados:

Pior de tudo foi ficar no hospital internado [...] uma vez a enfermeira não conseguiu achar minha veia, ela ficou tentando, tentando e nada. Isso doeu muito e eu fiquei chorando [...] Teve uma vez que ela ficou dez minutos tentando achar minha veia, e quando achou, perdeu [...] mesmo assim foi tentar de novo [...] eu fiquei todo furado. Se ela tentasse e tirasse, mas não. Ela ficou cutucando dentro da veia [...] Foi horrível, uma dor sem fim [...] Ainda bem que a enfermeira chefe viu e brigou com ela, e veio, num instante ela achou [...] Eu sofri muito. É muito chato isso, injeção, acesso [...]. (A2)

Este episódio foi muito forte de se ouvir, um dos momentos que ficou profundamente marcado para as pesquisadoras, pois foi observado quão doloroso e impactante foi essa experiência de internação para A2. Além dele enfrentar as complicações clínicas imposta pela doença, o adolescente ainda teve que passar pela dor de ter sido furado várias vezes.

Viu-se que inúmeras complicações e frequentes hospitalizações podem ocorrer ao longo da vida das pessoas acometidas pela doença falciforme devido às manifestações clínicas extremamente variáveis que podem ser acompanhadas por um quadro clínico que pode contribuir para as ocorrên-

cias de maior gravidade, tornando necessária a internação (NAOUM; NAOUM, 2004).

No ambiente hospitalar, a criança é exposta a exames, com submissão de procedimentos invasivos, sem contar com outros diversos fatores estranhos, como a presença de pessoas e equipamentos. Para Gomes et al (2013), essas vivências fazem parte da rotina do projeto da instituição de saúde e provocam sentimentos que, na maioria das vezes, são muito dolorosos, desagradáveis e estressantes.

Para aliviar sentimentos provocados pela hospitalização, assim como os procedimentos invasivos e dolorosos que a criança muitas vezes é obrigada a se submeter, foi que Silva et al (2016) propuseram realizar atividades lúdicas, juntamente com as atividades de educação em saúde com os internos e/ou seus familiares, do Hospital Geral do Estado de Alagoas, na Pediatria e no Centro de Tratamento de Queimados (CTQ). O projeto contribuiu de forma positiva para a recuperação, pois abriu possibilidades de compreensão e elaboração da situação de hospitalização tanto para as crianças quanto para os acompanhantes/família, promovendo a humanização e desmistificação do ambiente hospitalar.

É no sentido de poder agir tanto no cuidado durante a hospitalização como para facilitar nas relações entre a criança/adolescente e a equipe profissional é que se faz necessário a presença da família para estar junto. Essa presença irá contribuir para desencadear novas formas de recuperação da saúde da criança/adolescente, amenizando os efeitos negativos acarretados pela dor, pelo medo e insegurança advindos da experiência da internação hospitalar (GOMES; ERDMANN; BUSANELLO, 2010).

A presença da família, seja de pais ou algum familiar responsável, acompanhando a criança hospitalizada é um direito, uma conquista estabelecida e efetivada por meio da Lei 8.069, do dia 13 de julho de 1990. Essa Lei resguarda a permanência em tempo integral durante a internação, onde pode ficar na assistência junto à criança ou ao adolescente no ambiente hospitalar ou um membro da família ou um responsável.

Essa assistência da família junto ao seu filho doente foi contada pelo adolescente A1, que ressaltou em especial a presença de sua mãe, desempenhando o papel de cuidadora e a que mais o acompanhou durante todo o seu processo de adoecimento, atenta ao seu estado de vigília em torno da sua saúde ou da sua ausência. Ele falou:

A minha mãe não consegue trabalhar, ela tem que cuidar de mim. Porque quando sinto dor a mãe tem que largar tudo, largar o trabalho, larga tudo pra cuidar de mim [...] Atrapalha minha família (A1).

O adolescente apresentou uma mãe cuidadora, que em prol da saúde de seu filho “ela larga tudo”, deixa trabalho ou qualquer outra coisa para estar presente, cuidando. Esse cuidado da mãe parece gerar no filho certa preocupação, pois ele afirma que isso atrapalha a vida familiar.

A condição crônica da doença falciforme ocasiona muitas consequências que requerem cuidados por toda a vida, e isso provoca grande impacto sobre a vida da família, especialmente quando se trata de crianças e adolescentes, uma vez que exige dos pais o permanente estado de vigília com cuidados permanentes e continuados (SILVA; BELLATO; ARAÚJO, 2013).

Corroborando com essa ideia, Cordeiro (2013) confirma que os impactos causados pela doença falciforme geram na vida da criança uma série de mudanças, como o número significativo de episódios de dores e internações recorrentes, além da necessidade de cuidados diários e constantes, bem como acompanhamentos e tratamentos ao longo de suas vidas. Esses somatórios diários de acontecimentos e cuidados podem gerar na criança ou no adolescente um alto grau de sofrimento e afetar todas as esferas de desenvolvimento da vida dessas pessoas e na de sua família.

Considerações Finais

Dos resultados expressos, foi percebido que todos os participantes da pesquisa conseguiram, a partir de seus desenhos e/ou de suas falas, dar significados bastante expressivos em relação ao seu entendimento e à sua vivência em torno da enfermidade, além de identificar sobre seus conhecimentos tanto acerca da doença como também das repercussões que ela traz para cada um, de maneira particular e única, como a sensação de se sentir diferente.

Para aderir ao tratamento em relação a DF, várias dificuldades são enfrentadas por eles, o que exigem adaptações, reorganização da vida e da rotina tanto da criança ou do adolescente como também a de sua família. Em prol da saúde encara-se transporte, perdas de aulas, cuidados permanentes e continuados, a necessidade de um responsável ou um cuidador para acompanhar, além da disponibilidade de tempo.

Os impactos que são causados pela doença falciforme na vida da criança e do adolescente devem ser levados em conta, pois os números de episódios de dores são bastante significativos agindo não só no físico, mas no campo social e emocional, causando um alto grau de sofrimento e afetando todas as esferas de desenvolvimento da vida dessas pessoas e na de sua família.

Concluiu-se que, a condição crônica da doença exige o estabelecimento de um tratamento prolongado e complexo, e isso requer assistência e cuidados constantes com iniciativas de organização em relações às linhas de cuidado oferecidas pelos profissionais de saúde, através de um acompanhamento contínuo devido às complicações frequentes para as crianças e os adolescentes, bem como a disponibilidade de uma boa estrutura nos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, p. 229, 2011.

BRAGA, J.A.P. Medidas gerais no tratamento das doenças falciformes. **Revista brasileira de hematologia e hemoterapia**, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Doença falciforme: condutas básicas para o tratamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Doença falciforme: diretrizes básicas da linha de cuidado**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CANÇADO, R. D.; JESUS, J. A. A doença falciforme no Brasil. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**. São José do Rio Preto, v. 29, n. 3, p. 204-206, set. 2007.

CASTRO, E. K.; PICCININI, C. A. Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 15, n.3, p. 625-635, 2002.

CORDEIRO, R. C. **Experiência do adoecimento de mulheres e homens com doença falciforme**. 2013. 238 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013. Disponível em: <http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/bitstream/ri/13587/1/Tese_Enf_%20Rosa%20C%C3%A2ndida%20Cordeiro.pdf>. Acesso em: 18 de jun. 2016.

CORDEIRO, R. C.; FERREIRA, S.L.; SANTOS, A. C da C. O adoecimento de mulheres e homens com anemia falciforme: um estudo de Grounded Theory. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 1113-1120, 2015.

FELIX, A. A.; SOUZA, H. M.; RIBEIRO, S. B. F. Aspectos epidemiológicos e sociais da doença falciforme. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 203-208, 2010.

FOUCAULT, M. **Um diálogo sobre os prazeres do sexo: Nietzsche, Freud e Marx**. São Paulo: Landy, 2000.

GOMES, G. C.; ERDMANN, A. L.; BUSANELLO, J. Refletindo sobre a inserção da família no cuidado à criança hospitalizada. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, jan/mar; v. 18, n. 1, p. 143, 2010.

GUIMARÃES, T. M. R.; MIRANDA, W. L.; TAVARES, M. M. F. O cotidiano das famílias de crianças e adolescentes portadores de anemia falciforme. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter**, v. 31, n. 1, p. 9-14, 2009.

LANZONI, G. M. M. et al. Interações no ambiente de cuidado: explorando publicações de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 3, p. 580-586, 2011.

MARQUES, L. N.; CAVALCANTI, A.; RUZZI-PEREIRA, A. O viver com a doença falciforme: percepção de adolescentes. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 26, n. 1, p. 109-117, 2015.

MENDES, M. A., SANT'ANNA, C. C. & MARCH, M F. B. O estresse em crianças e adolescentes com asma. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 80-86, 2013 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412822013000100012&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 14 de jan. 2016.

MORRIS, C. R. Mechanisms of vasculopathy in sickle cell disease and thalassemia. Hematology. The Education Program of the American Society of Hematology American Society of Hematology Education Program, **Hematology**. Jan; n. 1, p. 177-85, 2008.

NAOUM, P.C.; NAOUM, F.A. **Doença das células falciformes**. São Paulo: Sarvier, p. 224, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação: relatório mundial/OMS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

SILVA, M. de A. S. et al. Cotidiano da família no enfrentamento da condição crônica na infância. **Acta Paul. Enferm.**, v. 23, n. 3, p. 359-65, 2010.

SILVA, R. K. P. et al. Câncer infantil: sentimentos manifestados por crianças em quimioterapia durante sessões de brinquedo terapêutico. **Rev Rene**. v. 13, n. 3, p. 686-92, 2012.

SILVA, A. H.; BELLATO, R.; ARAÚJO, L. F. S. Cotidiano da família que experiência a condição crônica por anemia falcifor-

me. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v. 15, n. 2, p. 437-444, 2013. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.17687>>. doi:10.5216/ree.v15i2.17687>. Acesso em: 02 de set. 2016.

SOARES, E. P. B. SILVA, D. S.; XAVIER, A. S. G.; CARVALHO, E. S. S.; CORDEIRO, R. C.; ARAUJO, E. M. Cuidar de pessoas com doença falciforme na unidade de emergência: discurso de uma equipe multiprofissional. **Cienc Cuid Saúde**, v. 13, n. 2, p. 278-285, 2014. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19505/pdf_209>. Acesso em:04 jan. 2017.

DE SOUZA FREIRE, M. H. et al. O impacto da anemia falciforme na vida de adolescente. **Cogitare Enfermagem**. v. 20, n. 3, 2015.

TRINCA, T. W. **Formas de investigação clínica em psicologia: procedimento de desenhos-estórias**. São Paulo: Vetor, 1997.

ZAGO, M. A.; PINTO, A. C. S. Fisiopatologia das doenças falciformes: da mutação genética à insuficiência de múltiplos órgãos. **Rev. Bras. Hematol. e Hemoter**. 29(3):207-14,2007.

USO DE PLANTAS MEDICINAIS POR GRÁVIDAS: BENEFÍCIOS E PERIGOS DESSA PRÁTICA

Letícia de Araújo Almeida

Cybelle Façanha Barreto Medeiros Linard

José Wellington de Oliveira

INTRODUÇÃO

O chá é uma bebida comumente consumida em todo o mundo. É preparada através da infusão de folhas, flores, raízes de planta. Seja pelas suas propriedades medicinais ou gastronômicas, o chá faz parte do diaadia de milhares de pessoas.

Os produtores costumam utilizar pesticidas, tais como inseticidas e fungicidas para proteger as culturas contra insetos e infestações de doenças. Existem evidências que alguns chás contêm resíduos detectáveis de pesticidas, incluindo organofosforados e organoclorados (WANG et al., 2014). A exposição de mulheres grávidas aos organofosforados está inversamente associado com a idade gestacional e o peso ao nascer (COLAPINTO et al., 2015). Estes atravessam a barreira placentária e colocam o feto em risco (AYLWARD et al., 2014).

A exposição em níveis elevados desses pesticidas, potencialmente neurotóxicos, durante o primeiro trimestre, pode ser motivo de preocupação, uma vez que o primeiro trimestre é um período de rápido crescimento e desenvolvimento fetal, em particular o sistema nervoso (SENGPIEL et al., 2013).

O consumo de café, chá e bebidas cafeinadas tem sido associados positivamente com vários tipos de carcinomas em adultos (MILNE et al., 2011). O chá, apesar de conter cafeína, verificou-se inversamente associado com a leucemia aguda na infância. Esta diferença poderia ser parcialmente explicada pela concentração mais baixa de cafeína no chá ou pela presença de micronutrientes com potencial efeito anticancerígeno.

Os estudos realizados em animais fornecem elementos de prova para as propriedades anticancerígenas de vários compostos polifenólicos encontrados nos chás, em virtude da regulação da metilação do DNA e inibição do crescimento celular (LAMBERT et al., 2005, HENNING et al., 2013).

Em estudo realizado com fêmeas de camundongos grávidas e pré-tratadas com hidrocarbonetos aromáticos policíclicos, demonstrou que o consumo de chá verde por estas fêmeas, promoveu a proteção da prole para linfomas de células T, um efeito atribuído, principalmente, ao polifenol epigal-locatechin-3-galato (CASTRO et al., 2008). Estudos indicam que o folato, outro micronutriente presente no chá, promove proteção contra diversos tipos de câncer (CHEN et al., 2014, LIN et al., 2013).

REVISÃO DE LITERATURA

Plantas medicinais são aquelas “silvestres ou cultivadas, utilizadas como recursos para prevenir, aliviar, curar ou modificar um processo fisiológico normal ou patológico, isto é, com fins medicinais, ou como fonte de fármacos e de seus precursores” (WHO, 1999).

Na Pré-História, os homens utilizavam plantas medicinais para amenizar seus sofrimentos e promover a cura de seus males (SILVA, 2012). No estudo de Oliveira (2010), o conhecimento sobre as propriedades terapêuticas da flora local investigada (município de Oeiras, PI) foi adquirido através de relatos (orais) de personagens antepassados, constituindo-se em importante aspecto da cultura regional.

A cultura e as crenças populares têm uma influência na determinação da indicação terapêutica e quais plantas devem ser utilizadas. Através da farmacologia de produtos naturais e a etnofarmacologia, o uso de algumas plantas medicinais tiveram comprovações científicas para determinada finalidade terapêutica defendida pelo senso comum.

A história mostra que um número crescente de espécies de plantas utilizadas na medicina tradicional vem sendo incorporado às prescrições para o tratamento de doenças e agravos à saúde. Estima-se que o número possa chegar a 750.000 espécies e que 119 substâncias químicas extraídas de plantas indicadas para fins medicinais são obtidas de aproximadamente 90 espécies. Cerca de 75% de compostos químicos derivam de plantas utilizadas na medicina tradicional (DUTAU, 2004; BRASIL, 2006).

Porém, elas costumam ser complexas do ponto de vista fitoquímico, podendo conter substâncias tóxicas, além dos princípios biologicamente ativos (RANGEL, 2009). Alguns constituintes das plantas podem não estar totalmente identificados ou que ainda não se conheçam suas ações sobre o organismo. Além disso, as plantas medicinais podem interagir com os medicamentos eventualmente usados pelas gestantes (MENGUE, 2001).

Pensar que efeitos adversos estão restritos apenas aos medicamentos alopáticos é um erro, valendo ressaltar que a influência midiática propõe que os produtos fitoterápicos são recursos isentos de contraindicações ou toxicidade. Mas os conhecimentos científicos e empíricos questionam ou até mesmo negam essas ausências (CHOUDHURI; VALE-RIO, 2005).

A representação de que “o natural não faz mal” precisa ser analisada e isto interessa especialmente quanto ao uso de plantas medicinais na gestação (FUGH-BERMAN et al., 2005).

Segundo Weier e Beal (2004), puérperas e lactentes comumente recorrem ao uso de plantas medicinais, por julgarem esta prática como natural e, portanto, inofensiva à sua saúde. Entretanto, é sabido que algumas destas possuem propriedades abortifacientes e podem, ainda, acarretar danos ao desenvolvimento embrionário ou fetal.

Além disso, nesse período, a mulher é sensível à influência de orientações e “conselhos” de familiares e amigos sobre “remédios caseiros”, considerados úteis à sua saúde (FONSECA et al., 2002). Macena et al. (2012) avaliaram que as gestantes obtiveram conhecimento sobre as plantas

medicinais que usavam por meio de informações populares e familiares, como mãe, avó e sogra.

O conceito de “natural” significa a “ausência de produtos químicos”, produtos estes possivelmente danosos ou perigosos, é um conceito extremamente equivocado, já que as plantas foram e são as fornecedoras de venenos desde a Antiguidade (MENGUE, 2001). Segundo Faria (2004), este conceito “está relacionado àquilo que é *in natura*, concretamente de origem vegetal, como folhas, raízes e sementes, não havendo o entendimento de que um medicamento alopático pode ser considerado natural quando feito à base de plantas”.

As fragilidades no conhecimento dos profissionais de saúde da atenção básica sobre plantas medicinais comprometem a identificação de gestantes que estejam fazendo uso não recomendado delas durante o pré-natal, possibilitando uma ocorrência de aborto ou teratogenicidade, ainda que se faça um acompanhamento.

Em um estudo realizado por Macena et al. (2012), 66,6% das gestantes não informavam ao médico que usavam plantas medicinais com a justificativa: “são plantas conhecidas” e “eles (médicos) não gostam que faça uso”. Além da pesquisa de Araújo (2007) informar que os médicos não perguntam nada sobre plantas. Tudo isso demonstra uma fragilidade existente na relação médico-paciente.

De acordo com Silveira et al. (2008), 65 a 80% da população mundial, especialmente em países em desenvolvimento, ainda confiam nos produtos à base de plantas medicinais para o tratamento de suas doenças, dessa forma as plantas medicinais são vistas como uma forma alternativa terapêutica.

Segundo estimativa da OMS, que relacionou 2.000 espécies vegetais, 80% da população dos países em desenvolvimento dependem diretamente de plantas medicinais para seu tratamento (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2002; LALOO et al., 2006 apud RANGEL, 2009, p. 101).

Além disso, a pesquisadora realizou oficinas para gestante em uma unidade básica de saúde de Fortaleza como atividade de graduação e constatou o desconhecimento das mães e das agentes comunitárias de saúde sobre os riscos, indicações terapêuticas e o modo de preparo correto dos chás, principalmente porque, segundo Oliveira (2010), os infusos e decoctos foram as formas mais utilizadas em seu estudo com gestantes, sendo, respectivamente, 23,8% e 32,2%.

Ressalta-se que, muitas plantas são completamente desconhecidas quanto ao potencial de causar intoxicações (MENGUE, 2001).

No estudo de Faria (2004), as mulheres entrevistadas costumavam utilizar plantas como erva-cidreira, capim-limão, camomila e erva-doce, sem o prévio conhecimento de que estas plantas poderiam causar relaxamento do útero, menstruação e até aborto.

Com a crescente utilização de plantas medicinais nas ciências da saúde, a fitoterapia vem conquistando espaço na população brasileira, entre os profissionais da saúde e nas discussões sobre saúde pública (SILVA, 2012).

O emprego destas plantas como recurso terapêutico aumentou consideravelmente ao longo dos anos, devido: à dificuldade na cura de muitos países pobres; ao perigo do uso indiscriminado dos medicamentos alopáticos; à eficácia

comprovada de algumas espécies de plantas; a menores probabilidades de efeitos colaterais; ao alto custo da assistência médica privada e dos medicamentos alopáticos; e, à assistência precária dos serviços públicos de saúde (SERRANO, 1986; ALVIM, 1997 apud FARIA, 2004, p. 288).

O problema de segurança relacionado ao uso de medicamentos durante a gravidez tornou-se mais evidente após os efeitos nocivos da talidomida, ocasionados pela não seletividade da placenta no transporte de substâncias diversas ao feto. Desde então, pesquisas epidemiológicas e ensaios clínicos buscam maior segurança no uso de fármacos durante o período gestacional. Essas pesquisas, entretanto, limitam-se ao estudo de substâncias farmacológicas sintéticas, dificultando o crescimento de pesquisas voltadas a outros tipos de alternativas terapêuticas, acessíveis a toda e qualquer população, tais como as plantas medicinais e fitoterápicos (CAMPESATO, 2005; FARIA, 2004).

Diante disso, é sabido que os princípios ativos de certas plantas são capazes de passarem pela barreira placentária, podendo afetar o feto (RESOLUÇÃO SES Nº 1757, 2002).

Quanto às adulterações e às contaminações, casos de envenenamento por metais pesados e contaminações microbiológicas, também devem ser observadas, em especial em plantas medicinais vendidas em feiras e mercados populares (VEIGA JR et al., 2005).

Além disso, a identificação de plantas é outro ponto crítico. Existem plantas bastante diferentes, que recebem nomes populares iguais e plantas morfológicamente semelhantes em composição química bastante diversa (MENGUE, 2001).

Assim, esta pesquisa beneficia a saúde da mulher e a saúde da criança, além dos profissionais da atenção básica de saúde que poderão apropriar-se desse conhecimento para utilizá-lo durante o pré-natal e nos grupos de gestantes.

A pesquisa teve como objetivo principal verificar a presença de consumo de plantas medicinais pelas gestantes assistidas numa unidade básica de saúde da família do município de Maracanaú.

METODOLOGIA

Estudo transversal do tipo descritivo com pacientes gestantes cadastradas e acompanhadas durante o pré-natal na unidade básica de saúde da família Aparício Bezerra sob jurisdição da Área de Vigilância da Saúde V do município de Maracanaú, no período de junho a julho de 2015.

Foi estabelecido como critérios de inclusão pacientes gestantes cadastradas e acompanhadas no pré-natal em qualquer período gestacional e em condições físicas e emocionais para a participação na pesquisa e que aceitassem participar do estudo. Como critérios de exclusão, gestantes apenas cadastradas, ou seja, que não são acompanhadas no pré-natal ou que procurassem serviços particulares.

As variáveis avaliadas foram: o uso de plantas para fins medicinais, planta medicinal utilizada, tipo de preparação, modo de preparo, indicação terapêutica, resultado alcançado, se informam ao médico sobre a prática de uso de plantas medicinais.

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado questionário semiestruturado já validado dos pesquisadores

Campesato (2005) e Faria (2004), porém adaptado segundo a necessidade da pesquisa. As informações coletadas foram analisadas, obtendo tabelas e gráficos para melhor distribuição de dados e análise dos resultados obtidos.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, obedecendo aos preceitos éticos e legais preconizados pela Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Foi aprovado pelo mesmo sob o número do parecer 1065433. As pacientes incluídas neste estudo tiveram sua participação efetivada com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi perguntado às mães se elas já haviam tido alguma experiência com plantas medicinais antes da gravidez e se as consideravam como remédio. Do total de 13 mães, oito usaram as plantas medicinais como remédio, sendo identificadas as seguintes plantas: cidreira, capim-santo, erva-doce, boldo, macela, gengibre, malva-santa, courama. Também, foi relatado o uso de garrafada por uma das mães.

As indicações terapêuticas foram utilizadas como justificativas de consumo por algumas, cujas dores de estômago ou de “barriga” a resposta mais comum para chá de boldo e cidreira, seguido de gripe para malva e courama, alívio dos enjoos para gengibre e inflamação para garrafada.

Existem muitos equívocos em relação às plantas medicinais, sendo a principal delas a identificação, pois a mesma planta pode ter vários nomes populares ou o mesmo nome

popular para espécies de plantas diferentes, que provavelmente terão ações farmacológicas distintas, podendo causar fragilidades nas indicações terapêuticas. Assim, resolveu-se listar na tabela 01 informações importantes sobre as plantas medicinais mencionadas, sendo discutida em seguida.

Tabela 01 – Plantas medicinais citadas neste estudo com suas respectivas propriedades farmacológicas e indicações terapêuticas.

Nome popular	Nome científico	Ação Farmacológica	Indicação Terapêutica
Boldo-do-chile (boldo verdadeiro)	<i>Peumus boldus</i>	Colagoga, colerética e antioxidante.	Afecções hepáticas, cálculos biliares, dispepsia e prisão de ventre.
Capim-santo	<i>Cymbopogon citratus</i>	Calmante e espasmolítica suaves, analgésica, protetora gástrica contra a bactéria <i>Helicobacter pilori</i> .	Cólicas uterinas e intestinais, nervosismo e estados de intranquilidade. Gastrite ou úlcera gástrica.
Couramas	<i>Kalanchoe brasiliensis</i> <i>K. pinnata</i>	Emoliente, antibacteriana, antiinflamatória, espasmolítica, leishmanicida e antitumoral.	Inflamações ovarianas e uterinas (anexites), gastrite, tosse, furúnculos e feridas típicas da Leishmania.
	<i>Lippia alba</i>	Calmante, espasmolítica e analgésica.	Crises de cólicas uterinas e intestinais, nervosismo e estado de intranquilidade, herpes labial, gripe e diarreia bovina viral.
Erva-cidreira	<i>Melissa officinalis</i>	Ação ansiolítica e antiviral.	Facilita a digestão, cólicas menstruais, insônia e repelente, sensações desagradáveis causadas pelas doenças do coração, pela melancolia e o estresse; herpes labial e genital.
Erva-doce	<i>Pimpinella anisum</i> (Anis) <i>Foeniculum vulgare</i> (Funcho)	Espasmolítica, carminativa, expectorante, estrogênica, antifúngica, microacaricida na escabiose e pediculose.	Estimulantes da lactação, menstruação, parto e da libido ou para aliviar os sintomas da menopausa. Antidispéptico, perda de apetite, gripe, tosse e bronquite bem como antisséptico e anti-inflamatório para boca e faringe.

Gengibre	<i>Zingiber officinale</i>	Aromatizante e antisséptico local, estimulante do apetite e desinfetante intestinal. Atividade rubefaciente ou revulsiva. Reduz a absorção de gorduras.	Dores nas articulações e na coluna vertebral. Higiene e tratamento de infecções da boca e da garganta. Obesidade e enjoos.
Macela-do-reino (ou Marcela)	<i>Tanacetum parthenium</i>	Anti-inflamatória e leishmanicida, ação estomacal, calmante e carminativa.	Enxaqueca, perturbações digestivas, diarreias e dismenorreia.
Macela-da-terra (ou Marcela)	<i>Egletes viscosa</i>	Espasmolítico, antidiarréico e protetor da mucosa gástrica.	Enxaqueca, dispepsia, azia, indigestão e diarreia. Prevenção da gastrite.
Malva-santa (falso boldo)	<i>Plectranthus barbatus</i>	Ação hipossecretora gástrica.	Controle da gastrite, dispepsia, azia, mal-estar gástrico e por ressaca.

Fonte: apud CLARKE et al, 2007; MATOS, 2007.

O boldo, a macela e a cidreira são exemplos, neste estudo, de nomes populares para mais de uma espécie de planta. Existe o boldo verdadeiro que é *Peumus boldus* e o falso boldo (*Plectranthus barbatus*) que, apesar de aparentemente terem indicações terapêuticas semelhantes, seu modo de ação é diferente em relação ao boldo-do-chile.

Devido à sua ação hipossecretora gástrica, sua administração faz diminuir o volume e a acidez da secreção do estômago, por isso alivia o mal-estar por ressaca causada por exageros no beber e no comer, confundindo-se nos tratamentos caseiros como “males do fígado”. Diferentemente daquele que age diretamente no fígado, contraindo a vesícula biliar e aumentando o fluxo da bile para o intestino.

No caso, do relato das mães, a cidreira teria pouca ação em nível estomacal, sendo o boldo-do-chile o mais apropriado. De fato, a erva-cidreira tem ação mais eficiente nas

cólicas uterinas e intestinais por promover o relaxamento do tecido muscular liso.

E como já descrito anteriormente, a malva-santa ou o falso boldo não tem ação contra gripe, provavelmente houve um equívoco comum, pois a planta que combate afecções respiratórias é o malvarisco (*Plectranthus amboinicus*). Elas são visivelmente muito semelhantes, distinguindo-se apenas do aroma, folhas mais duras e quebradiças, não tendo sabor amargo. A courama, por sua vez, tem ação antibacteriana não sendo corretamente indicada para tratar gripe.

Quanto ao gengibre, é requerido na medicina tradicional chinesa para alívio de enjoos, sendo comprovada em um estudo farmacológico sua eficácia no tratamento de náuseas e vômitos quando comparado ao placebo, no entanto, seu mecanismo de ação não está ainda elucidado.

As respostas das outras cinco mães em relação ao consumo de plantas medicinais foram as mais diversas: uma não as considerava como remédio, outra não sentia sintomas para utilizar medicamentos ou chás, outra não gostava de chás, para uma delas “nunca foi preciso” e, por último, “pelo fato de não conhecer”.

Essas respostas são preocupantes do ponto de vista da não compreensão do valor terapêutico que as plantas medicinais possuem (demonstrado na tabela 1), bem como a falta de conhecimento sobre elas.

Relatos semelhantes são encontrados no estudo de Rangel e Bragança (2009), que, por sua vez, observaram que os mesmos estavam associados às seguintes ideias: “zelo pela gravidez saudável, desconhecimento da fitomedicina,

atenção às recomendações obstétricas e avaliação das plantas medicinais como perigosas ou tóxicas”.

Quando questionadas se usavam plantas medicinais durante a gravidez, quatro das 13 mães relataram que sim, sendo mencionadas: a cidreira, o capim-santo, o boldo e o gengibre. E, quando indagadas sobre quem as havia indicado, duas relataram ter recebido indicação da mãe ou avó, uma havia realizado pesquisa na internet e a outra já tinha conhecimento.

A erva-cidreira, em ambas as espécies, são espasmolíticas, ou seja, provocam relaxamento do músculo liso, e segundo Ferro (2008) apud Macena, (2012) ela provoca relaxamento do útero, sendo, portanto um risco para gravidez. O capim-santo ou capim-cidreira também é relaxante do útero, sendo considerada uma planta abortiva e seu uso interno contraindicado na gravidez.

Um estudo observou alterações anatômicas e nos blastocistos, além de ação abortiva para extratos secos de *P. boldus* e também para o seu principal componente o alcaloide boldina, quando administrados durante a gestação (ALMEIDA, 2000).

Quanto ao gengibre, de acordo com a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, é indicado para hiperemese (vômitos excessivos / persistentes) gravídica. Em contrapartida, a sua resolução SES/RJ N° 1757/2002 contraíndica o uso no período gestacional e/ou lactação de 109 espécies de plantas medicinais.

A indicação da família, neste estudo mãe e avó, é encontrado também em outros estudos como os de Macena

etal. (2012) e Rangel e Bragança (2009), cujas gestantes afirmaram que o conhecimento sobre o modo de uso e indicações foi através, principalmente, de familiares como mãe, pais, avó e sogra.

Sobre a aquisição destas plantas, uma já tinha “planta-do em casa” ou comprava, outra conseguiu na casa da avó e as outras duas compravam no mercado ou mercantil.

Muitas vezes, a contaminação de espécies vegetais é de caráter acidental. No entanto, a adulteração é, por definição, fraudulenta. Atualmente, não existem meios de fiscalização que garantam um controle de qualidade das ervas comercializadas, principalmente aquelas vendidas em mercados ou feiras populares. Deve-se ter cautela, também, na compra de plantas medicinais de origem chinesa ou indiana, devido ao seu modo de cultivo ser muito diferente e questionável. Há estudos que comprovam contaminação de plantas medicinais por metais pesados, principalmente chumbo e mercúrio nesses países (VEIGA JR et al., 2005).

O bairro onde foi realizada esta pesquisa é muito próximo a uma empresa que produz acaricida, adjuvante, desfolhante, fungicida, herbicida, inseticida e maturador. Segundo dados do Sindicato Nacional das Indústrias de Produtos para a Defesa Agrícola – SINDAG (2008), o glifosato é o agrotóxico mais consumido no país, produto este fabricado pela referida empresa local.

Tal fato tem uma importância significativa, principalmente se considerarmos que esse herbicida vem sendo apontado, em diversos estudos experimentais e clínicos, como um potencial agente genotóxico, interferente endócrino e

alergênico (GASNIER et al., 2009; HOKANSON et al., 2007; HERAS-MENDEZA et al., 2008; PENAGOS et al., 2004; POLETTA et al., 2009).

É sabido também que os agrotóxicos contaminam o solo e a água, logo, as plantas medicinais cultivadas em casa, localizada em um ambiente possivelmente contaminado pelos produtos desta empresa local, pode vir a causar problemas futuros às mães e aos bebês.

E quanto à finalidade terapêutica, usavam para dores de cabeça (cidreira e capim-santo), dores de estômago (boldo) devido à mãe ter intolerância à lactose e, por isso, sentia desconfortos abdominais, e o gengibre para os enjoos. Neste caso, o conhecimento das mães converge com a literatura científica (Tabela 1).

O modo de preparo é a etapa principal, pois quando bem realizada, o efeito desejado é alcançado. As respostas das mães foram bem interessantes, apesar de incompletas, algumas sabem preparar o chá a partir de folhas e cascas outras, infelizmente, não. E duas mães nada declararam.

“Pego a planta (folhas) e coloco dentro d’água e boto no fogo (30 min) depois eu esfrio e bebo”.

“Não sei como prepara”.

“Folhas na água e ferve”.

“Para chá, ferve a água e coloco a planta já lavada dentro e depois bebo”.

“Já usei de modo infervesente. Coloca um pouco de água na panela, acrescente a folha (boldo ou sidreira) com casca de laranja, deixa ferve e pronto!”.

“Feito chá”.

“Como chá. Consinho a planta na água e tomo”.

“Não utilizo”.

“Água coloca para ferver e depois joga as folhas. Coa e toma”.

“Em chá ou bala de gengibre”.

“Xarope, mas minha mãe que fazia”

Tendo como referencial teórico Dr. Abreu de Matos (2007), o modo correto de preparar chás é descrito na **tabela 2**. Assim como a preparação do xarope e dos cristais de gengibre.

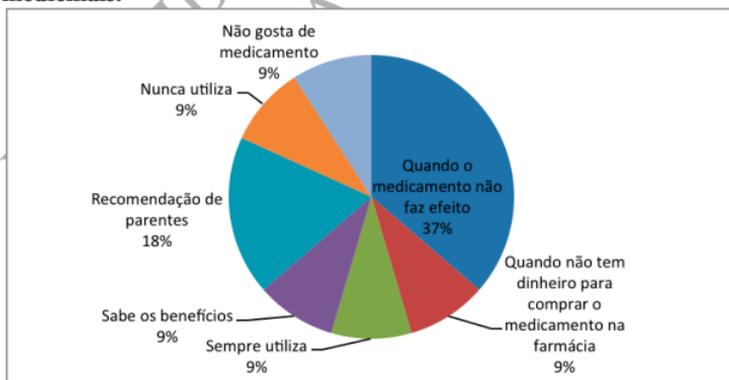
Tabela 02 – Modo de preparo correto segundo as formas de uso de plantas medicinais.

Formas de Utilização de Plantas Medicinais	Modo de Preparo	Partes Utilizadas das Plantas
Chá por infusão	Junta-se água fervente sobre as ervas, cobre-as e deixa em repouso por 10 minutos até chegar à temperatura adequada para ser bebido.	Folhas e flores.
Chá por decoção	Coloca-se a planta na água fria e leva à fervura, por 10 a 20 minutos. Após o cozimento, deixar em repouso de 10 a 15 minutos e coa em seguida.	Cascas, raízes e sementes.
Xarope Frio	Junta-se parte do infuso ou cozimento com uma parte de açúcar do tipo cristalizado. Filtra-se a mistura após 3 dias de contato com 3 a 4 agitações fortes por dia.	
Xarope a quente	Inicia-se da mesma forma que o xarope frio. Ferve-se a mistura até desmanchar o açúcar. Deixa-se esfriar e filtra-se da mesma maneira.	
Cristais de gengibre	Pedaços bem pequenos do rizoma, que depois de fervidos com água são misturados com sal e dessecados com ajuda de calor brando.	Rizoma.

Um fator importante que influencia no modo de preparo é a indicação terapêutica, visto que chás para tratamento de afecções respiratórias e febre devem ser adoçados e tomados ainda bem quentes. Os indicados para males do aparelho digestivo devem ser tomados frios ou gelados. No caso específicos de diarreias, é interessante pôr um pouco de açúcar com uma pitada de sal ou sal reidratante a cada xícara de chá (uma dose) que deve ser tomada de 2 em 2 horas ou a intervalos mais curtos.

A fim de identificar o contexto que levam as mães a recorrerem às plantas medicinais, as respostas estão apresentadas no gráfico 01:

Gráfico 01 – Situação que as mães se encontram para utilizar as plantas medicinais.

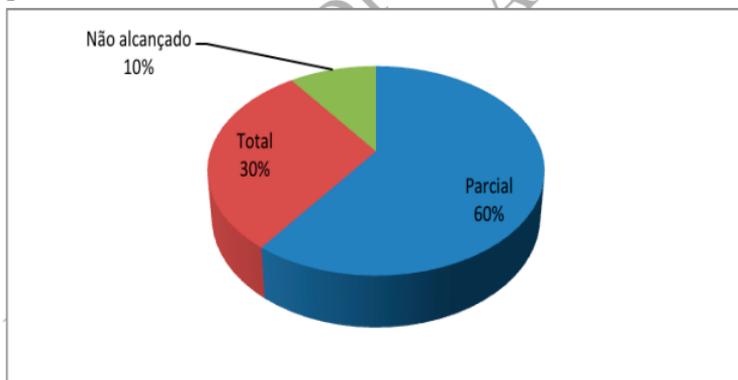


Como apresentado anteriormente, as respostas mais frequentes foram “Quando o medicamento não faz efeito” e “Recomendação de parentes”. Esse achado corrobora com de Faria et al. (2004), que verificaram que o emprego de plantas medicinais pelas gestantes atribuía-se à sua eficácia,

associada ao menor preço, além do intermédio da herança familiar, sendo esta responsável pela transmissão do conhecimento.

Porém, deve ser levado em consideração que o fato delas afirmarem que usam quando o medicamento não faz efeito significa dizer que ele é a primeira opção de tratamento procurado por elas, e somente quando estes não correspondem ao esperado é que se buscam as plantas medicinais.

Gráfico 02 – Resultado alcançado pelas gestantes quanto ao uso de plantas medicinais.



Como observado no gráfico 02, o uso de plantas medicinais teve um resultado parcial de seu efeito, isso pode ser justificado pelo modo de preparo que não se apresenta de maneira correta ou pela sua indicação terapêutica equivocada pelas mães. Diferentemente daquilo encontrado por Faria et al. (2004), 69,2% das entrevistadas relataram obter resultado alcançado totalmente; 23,1% resultado parcial e 7,7% não alcançou resultado desejado.

No entanto, nesta pesquisa, os autores perceberam que as mesmas só alcançaram um resultado favorável ao desejado devido ao uso correto das plantas medicinais no que se referem às indicações, contraindicações e posologia.

Quando indagadas se informam ao médico sobre o uso de plantas medicinais, houve respostas muito interessantes. As mães que responderam afirmativamente apresentaram como justificativa:

“Por causa das condições de compra” (G – 12).

“Para me sentir segura que não fará mal ao meu bebê” (G – 10).

“Porque é melhor ele ficar sabendo o que eu tou tomando durante a gestação” (G – 06).

“Porque, pra saber se faz bem ou não” (G – 05).

“Pois ele precisa saber o que eu já tomei” (G – 04).

É possível perceber a preocupação das gestantes em receber do profissional de saúde, neste caso o médico, uma orientação adequada quanto ao uso de plantas medicinais e a possibilidade de tomar seus chás devido ao custo ser mais acessível e tê-los, como já relatados anteriormente, cultivados em casas de parentes.

Rangel e Bragança (2009) notaram que 34% das gestantes usuárias de plantas medicinais eram inseguras quanto ao uso correto delas, 77% desejavam aprender a utilizar melhor as plantas como medicamento e 76,3% gostariam que os médicos receitassem medicamentos naturais.

Já as gestantes que responderam negativamente apresentaram como justificativa:

“Devido nunca ter perguntado” (G – 11).

“Porque não uso mais, não usei na gravidez” (G – 09).

“Porque já sou acostumada a utilizar” (G – 07).

“Vão dizer que é normal tomar mesmo” (G – 01).

É notável a presença da automedicação entre as mães, porém não de medicamentos, mas de plantas medicinais. O fato do médico não perguntar se fazem uso ou não, permite que elas continuem a consumir sem uma orientação adequada.

Cabe aos profissionais de saúde, não somente médicos, informar às mulheres sobre o risco, assim como as possibilidades de uso de plantas medicinais como remédio durante a gestação, alertando, sobretudo, os riscos potenciais da automedicação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do uso de plantas medicinais por mulheres no período gestacional, permitiu uma reflexão sobre os riscos e benefícios dessa prática.

Em relação ao conhecimento destas grávidas sobre o modo de uso e indicações das plantas medicinais, geralmente, é um conhecimento passado intergerações familiares.

É possível perceber a preocupação das gestantes em receber do profissional de saúde uma orientação adequada quanto ao uso de plantas medicinais.

Diante do exposto, sugerimos uma maior interação entre a equipe de saúde que acompanha essas mulheres a fim de que se possa dar mais informações sobre o uso dessas

plantas e o estado fisiológico em que se encontram, minimizando os riscos promovidos por esta prática e a possibilidade de uso dessas plantas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. R.; MELO, A. M.; XAVIER, H. Toxicological Evaluation of the hydro-alcohol extract of the dry leaves of *Peumus boldus* and boldine in rats. **Phytother. Res.** v. 14, 99-102. 2000.

ALVIM, N. T. A enfermagem e as práticas naturais de saúde. **Um estudo de representações docentes.** Rio de Janeiro: Graffine, 1997.

ARAÚJO, E. et.al. Uso de plantas medicinais pelos pacientes com câncer de hospitais da rede pública de saúde em João Pessoa (PB). **Revista Espaço para a Saúde.** Londrina, v. 8, n. 2, p. 44-52, jun., 2007. Disponível em: <http://www.uel.br/ccs/espacoparasaude/v8n2/Art%207%20_v8%20n2_.pdf>. Acesso em: 06 de abr. 2015.

AYLWARD, L. L; HAYS, S. M; KIRMAN, C. R; MARCHITTI, S. A; KENNEKE, J. F; ENGLISH, C; et al. Relationship of chemical concentrations in maternal and cord blood: a review of available data. **J. Toxicol. Environ. Health.** Part B: Crit Rev, v. 17(3), p. 175-2003, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos.** Brasília: Ministério da Saúde, p.60, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_fitoterapicos.pdf>. Acesso em: 06 de abr. 2015.

CAMPESATO, V.R. **Uso de plantas medicinais durante a gravidez e risco para malformações congênitas.** 138 p. Tese (Dou-

torado) – Genética e Biologia Molecular/ UFRGS, Rio Grande do Sul, 2005. Disponível: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/7354/000498652.pdf?...1>>. Acesso em: 06 abr 2015.

CASTRO, D. J.; YU, Z.; LOHR, C. V.; PEREIRA, C. B.; GIOVANINI, J. N.; FISCHER, K. A et al., Chemoprevention of di-benzo[a,l]pyrene transplacental carcinogenesis in mice born to mothers administered green tea: primary role of caffeine. **Carcinogenesis**, v. 29, p. 1581-1586, 2008.

CHEN, P.; LI, C.; LI, X.; LI, J.; CHU, R.; WANG, H. Higher dietary folate intake reduces the breast cancer risk: a systematic review and meta-analysis. **Br J Cancer**, v. 110, p. 2327-2338, 2014.

CHOUHDURI, S.; VALERIO, L. G. J. Usefulness of studies on the molecular mechanism of action of herbals/botanicals: the case of St. John's wort. **Journal of Biochemical and Molecular Toxicology**, v. 19, n. 1, p. 1-11, 2005. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jbt.20057/epdf>>. Acesso em: 06 de abr. 2015.

CLARKE, J. H. R.; RATES, S. M. K.; BRIDI, R. **Um alerta sobre o uso de produtos de origem vegetal na gravidez**. Porto Alegre, RGS Infarma, v.19, n.1/2, 2007. .

COLAPINTO, C. K.; ARBUCHLE, T. E.; DUBOIS, L.; FRASER, W. Tea consumption in pregnancy as a predictor of pesticide exposure and adverse birth outcomes: The MIREC study. **Environmental Research**.V. 142, p. 77-83, 2015.

DUTAU, G. Le risque allergique des produits diététiques et médicinaux. **Revue Française d'Allergologie et d'Immunologie Clinique**, v.44, p.634-45, 2004. Disponível em: <http://ac.els-cdn.com/S0335745704002345/1-s2.0-S0335745704002345-main.pdf?_tid=f8636a3e-dc51-11e4-822f-00000aab0f6c&acdnat=1428320714_c56372d6b3626a5a8bcd2c98c09ddac3>. Acesso em: 06 de abr. 2015.

FARIA, P. G.; AYRES, A.; ALVIM, N. A. T. O diálogo com gestantes sobre plantas medicinais: contribuições para os cuidados básicos de saúde. **Revista Health Sciences**. v. 26, n. 2, p. 287-294, 2004. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewFile/1579/931>>. Acesso em: 06 de abr. 2015.

FERRO, D. **Fitoterapia**: conceitos clínicos. São Paulo: Atheneu. 2008. p. 211-214. Falta o Autor.

FONSECA, M.; FONSECA, E.; BERGSTEN-MENDES, G. Prevalência do uso de medicamentos na gravidez: uma abordagem farmacoepidemiológica. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. 205-12, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000200013>. Acesso em: 06 abr 2015.

FUGH-BERMAN, A.; LIONE, A.; SCIALLI, A. R. Do no harm: avoidance of herbal medicines during pregnancy. **Obstetrics & Gynecology**, v.105, p.1119-1122, 2005. Disponível em: <http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.15.1b/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=AOOIFPFFBHDDNNPNNCKKEAGCDHPPAA00&returnUrl=ovidweb.cgi%3f%26TOC%3djb.search.32%257c1%257c50%26FORMAT%3dto%26FIELDS%3dto%26S%3dAOOIFPFFBHDDNNPNNCKKEAGCDHPPAA00&directlink=http%3a%2f%2fgraphics.tx.ovid.com%2fovftpdfs%2fFPDDNCGCEAPNBH00%2ffs047%2fovft%2flive%2fgv024%2f00006250%2f00006250-200505000-00030.pdf&filename=Do+No+Harm%3a+Avoidance+of+Herbal+Medicines+During+Pregnancy.&PDFIdLinkField=%2ffs047%2fovft%2flive%2fgv024%2f00006250%2f00006250-200505000-00030&link_from=jb.search.32%7c1&pdf_key=B&pdf_index=jb.search.32&D=ovft>. Acesso em: 06 de abr. 2015.

GASNIER, C. et al. Glyphosate-based herbicides are toxic and endocrine disruptors in human cell lines. **Toxicology**, v. 262, n. 3 p. 184-191, ago. 2009.

HENNING, S. M.; WANG, P.; CARPENTER, C. L.; HEBER, D. Epigenetic effects of green tea polyphenols in cancer. **Epigenomics**, v. 5, p. 729-741, 2013.

HERAS-MENDEZA, F. et al. Erythema multiforme-like eruption due to an irritant contact dermatitis from a glyphosate pesticide. **Contact Dermatitis**, v. 59, n. 1, p. 54-56, jul. 2008.

HOKANSON, R. et al. Alteration of estrogen-regulated gene expression in human cells induced by the agricultural and horticultural herbicide glyphosate. **Human & Experimental Toxicology**, v. 26, n. 9, p. 747-752, Sept. 2007.

LALOO, R. C. et al. Status of medicinal plants in the disturbed and the undisturbed sacred forests of Meghalaya, northeast India: population structure and regeneration efficacy of some important species. **Current Science**, v.90, p.225-32, 2006. Disponível em: <<http://www.iisc.ernet.in/cursci/jan252006/225.pdf>>. Acesso em: 06 de abr. 2015.

LAMBERT, J. D.; HONG, J.; YANG, G. Y.; LIAO, J.; YANG, C.S. Inhibition of carcinogenesis by polyphenols: evidence from laboratory investigations. **Am J Clin Nutr**, v. 81, p. 284S-291S, 2005.

LIN, H. L.; AN, Q. Z.; WANG, Q. Z.; LIU, C. X. Folate intake and pancreatic cancer risk: an overall and dose-response meta-analysis. **Public Health**, v. 127, p. 607-613, 2013.

MACENA, L. M.; NASCIMENTO, A. S. S.; KRAMBECK, K.; SILVA, F. A. Plantas medicinais utilizadas por gestantes atendidas na unidade de saúde da família (USF) do bairro Cohab Tarumã no município de Tangará da Serra, Mato Grosso. **Revista de Biologia e Farmácia**, v. 7, n. 1, 2012. Disponível em: <<http://sites.uepb>

edu.br/biofar/download/v7n12012/plantas_medicinais_utilizadas_por_gestantes_atendidas_na_unidade_de_saude_da_familia.pdf>. Acesso em: 06 de abr. 2015.

MATOS, F.J.A. **Plantas Medicinais**: guia de seleção e emprego de plantas usadas em fitoterapia no nordeste do Brasil. 3. ed. Fortaleza: Imprensa Universitária, 2007.

MENGUE, S.; MENTZ, L.; SHENKEL, E. Uso de plantas medicinais na gravidez. **Revista Brasileira de Farmacognosia**. Rio Grande do Sul, vol. 1, n. 11, p. 21-35, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbfar/v11n1/a04v11n1>>. Acesso em: 06 de abr. 2015.

MILNE, E.; ROYLE, J. A.; BENNETT, L. C.; DE KLERK, N. H.; BAILEY, H. D.; BOWER, C. et al. Maternal consumption of coffee and tea during pregnancy and risk of childhood ALL: results from an Australian case-control study. **Cancer Causes Control**, v. 22, p. 207-218, 2011.

OLIVEIRA, F. C. S.; BARROS, R. F. M.; MOITA NETO, J. M. Plantas medicinais utilizadas em comunidades rurais de Oeiras semiárido piauiense. **Rev. Bras. Pl. Med.**, Botucatu, v. 12, n. 3, p. 282-301, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbpm/v12n3/06.pdf>>. Acesso em: 06 de abr. 2015.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. World Health Organization, Division of Health Systems and Services Development. **Traditional, complementary and alternative medicine and therapies in the Americas**: policies, plans and programs. Washington, D. C.: PAHO, p. 26, 2002.

PENAGOS, H. et al. Pesticide patch test series for the assessment of allergic contact dermatitis among banana plantation workers in Panama. **Dermatitis**, v. 15, n. 3, p. 137-145, set. 2004.

POLETTA, G. L. et al. Genotoxicity of the herbicide formulation Roundup (glyphosate) in broad-snouted caiman (*Caiman latirostris*

tris) evidenced by the Cometassay and the Micronucleus test. **Mutation Research**, v. 672, n. 2, p. 95-102, jan. 2009.

RANGEL, M.; BRAGANÇA, F. C. R. Representações de gestantes sobre o uso de plantas medicinais. **Rev. Bras. Pl. Med.**, Botucatu, v.11, n.1, p.100-109, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbpm/v11n1/16.pdf>>. Acesso em: 06 de abr. 2015.

RIO DE JANEIRO (estado). Resolução SES Nº1757, de 18 de fevereiro de 2002. Contraindica o uso de plantas medicinais no âmbito do Estado do Rio de Janeiro e dá outras providências. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro, 20 de fevereiro de 2002, ano XXVII. Nº33. Parte I. Disponível em: <<http://www.abfit.org.br/legisla/C3%A7C3%A3o-e-pol%C3%ADticas-p%C3%BAblicas/sa%C3%BAde/36-resolu%C3%A7C3%A3o-ses-rj-n%C2%BA-1757>>. Acesso em: 06 de abr. 2015.

SENGPIEL, V.; ELIND, E.; BACELIS, J.; NILSSON, S.; GROVE, J.; MYHRE, R. et al. Maternal caffeine intake during pregnancy is associated with birth weight but not with gestational length: results from a large prospective observational cohort study. **BMC Med**, v. 11, p. 42, 2013.

SERRANO, A. I. **O que é medicina alternativa**. 6. ed. São Paulo: Brasiliense, 1986.

SILVA, R. C. et al. Plantas medicinais utilizadas na saúde da mulher: riscos na gravidez. **Diálogos & Ciência**, n. 32, p. 243-246, dez. 2012. Disponível em: <http://dialogos.ftc.br/index.php?option=com_content&task=view&id=334&Itemid=77>. Acesso em: 06 de abr. 2015.

SILVEIRA, P. F.; BANDEIRA, M. A. M.; ARRAIS, P S.D. Farmacovigilância e reações adversas às plantas medicinais e fitoterápicos: uma realidade. **Revista Brasileira de Farmacognosia**. v. 18, n. 4, p. 618-626, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbfar/v18n4/v18n4a21.pdf>>. Acesso em: 06 abr 2015.

SINDICATO NACIONAL DAS INDÚSTRIAS DE PRODUTOS PARA A DEFESA AGRÍCOLA. **Anuário Estatístico**. Brasília: SINDAG, 2008.

VEIGA JUNIOR, V. F.; PINTO, A. C.; MACIEL, M. A. M. Plantas medicinais: cura segura? **Quim. Nova**. 2005, v. 28, n. 3, p. 519-528. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/qn/v28n3/24145.pdf>>. Acesso em: 06 de abr. 2015.

WANG, J; CHEUNG, W; LEUNG, D. Determination of pesticide residue transfer rates (percent) from dried tea leaves to brewed tea. **J. Agric. Food Chem**, v. 62(4), p. 966-983, 2014.

WEIER, K. M.; BEAL, M. Complementary therapies as adjuncts in the treatment of postpartum depression. **J. Midwifery Womens Health**, vol.49, n.2, p.96-104, 2004. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.jmwh.2003.12.013/epdf>> Acesso em: 06 de abr.2015.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION **monographs on selected medicinal plants**. vol.1, Geneva: 1999. 289p. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s2200e/s2200e.pdf>>. Acesso em: 06 abr 2015.

A RELIGIOSIDADE NA EXPERIÊNCIA DE ADOCIMENTO E PRODUÇÃO DE CUIDADO ONCOLÓGICO: CARTOGRAFIAS DE MULHERES QUE VIVENCIAM O CÂNCER

Mariana Pompílio Gomes Cabral

Evelyne Viana de Franca

Tulio Batista Franco

Maria Salete Bessa Jorge

INTRODUÇÃO

De acordo com a última estimativa anunciada pelo Instituto Nacional do Câncer - INCA (2014), afirma-se que, mundialmente, em 2012 foram 14,1 milhões de casos de incidência e 8,2 milhões de mortalidade. Por conseguinte, a estimativa para 2030 é de ascendência epidemiológica, sendo 21,4 milhões de novos casos de câncer e 13,2 milhões de mortes. No Brasil, o câncer é a segunda causa de morte que acomete a população. Estima-se para 2015 e 2016, 576 mil casos novos de câncer e, especificamente, que o acometimento em mulheres seja incidência de 190 mil.

Diante da constatação da ascendência epidemiológica, dos impactos na população do índice de incidência e mor-

talidade, atrelados à necessidade de grande investimento em tecnologias de alto custo para o tratamento oncológico, tal problemática convoca o Sistema Único de Saúde (SUS) a organizar estratégias para controle e combate ao câncer de forma ampliada.

Nesse contexto, se fez importante uma organização do cuidado com intuito de fazer a conexão entre os diversos seguimentos de assistência a pessoas com câncer, desde a prevenção e à promoção da saúde, interligando várias possibilidades de produção de cuidado oncológico, tendo como elemento norteador a melhoria da qualidade de vida, expandido o acesso a serviços de saúde que contemplem o cuidado ao usuário desde a prevenção à reabilitação.

Essa é uma perspectiva diferenciada, haja vista que hegemonicamente o cuidado oncológico se fez em um cenário restrito ao âmbito médico-hospitalar. Nesse contexto, a principal forma de cuidado às pessoas com câncer eram apenas o combate e o tratamento à neoplasia. Diagnosticar e tratar o câncer eram as únicas ferramentas de cuidado (TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012).

O paradigma da prevenção, dos cuidados paliativos, da preocupação com a pessoa que tem câncer abrangendo também a sua rede familiar e comunitária são dimensões pensadas recentemente no âmbito oncológico. No Brasil, surgem a partir da construção do SUS junto aos princípios de universalidade, integralidade e equidade em saúde que foram incorporados pela Política Nacional de Atenção Oncológica, sendo instituída pela Portaria GM/MS 2.439, de 08/12/2005, e que visa, essencialmente, a formação de

uma Rede de Atenção Oncológica regional e estadual, com o objetivo de adequar a prevenção e o tratamento do câncer às necessidades de cada região do País, de modo a obter-se resultados que efetivamente modifiquem o perfil da incidência e morbimortalidade por câncer que perdura por décadas no Brasil (BRASIL, 2005).

Há de se convir que já é um grande avanço o fomento à organização de assistência oncológica sendo prevista em lei, pois preconiza ao nível macropolítico a garantia dos direitos das pessoas com câncer e, principalmente, a transversalidade do cuidado, sendo previsto a corresponsabilização do cuidado não somente no âmbito da saúde, mas em diversos espaços sociais e comunitários, envolvendo entidades governamentais e não governamentais.

Entretanto, embora a política afirme um modelo de atenção em rede, com cuidado diferenciado a pacientes com câncer, sabe-se que uma rede de cuidado – nesse caso, tratando-se da rede oncológica – não está dada e pronta para o usuário caminhar, apenas seguindo e percorrendo fluxos predeterminados de uma construção macropolítica.

Pelo contrário, na perspectiva de Franco e Merhy (2013) o cuidado não acontece em nível protocolar. Mesmo que existam leis que digam como ele deve acontecer, na prática, o cuidado é um processo que se produz na micropolítica e acontece em multiplicidade, com conexão entre diversos atores, serviços e instâncias.

Segundo Foucault (2006), o ato de cuidar é, em primeira instância, o cuidar de si, como uma atitude e um modo de encarar as coisas, de estar no mundo, de praticar

ações e de estar em permanente relação com o outro. É na apropriação de si mesmo, de suas vontades e de seus desejos, que o sujeito relaciona-se com os outros e, consequentemente, produz cuidado do outro nas diversas formas. De tal modo, Merhy (2013) enfatiza que o cuidado não pode ser simplificado a um mero acontecimento, pois o “caminhar pela vida” se manifesta na construção de um espaço onde há conexão, vínculo, corresponsabilização e afecção entre os envolvidos. Em suma, pode-se dizer que processo de cuidar não acontece no campo da neutralidade – questão muito debatida em congruência à perspectiva positivista e hegemônica no contexto da saúde – e sim na aproximação, na alteridade e no interesse pelo outro, no encontro entre subjetividades.

Com o auxílio teórico de Deleuze e Guattari (1995), a noção de território existencial passa a ser imprescindível para a construção do processo de cuidado, visto que esse território não moldura apenas um lugar geográfico de referência, todavia configura um conjunto de valores, desejos, significados e sentidos que tecem tramas múltiplas e singulares no modo de relacionar-se entre si e com o mundo; dessa forma, são movimentos de desterritorialização em busca da construção de novos territórios, tanto para os serviços de saúde quanto para os sujeitos envolvidos no processo saúde-doença-cuidado, operando uma desinstitucionalização contínua e, portanto, configurando uma clínica de movimentos (PALOMBINI et al., 2008), em que os territórios existenciais são múltiplos e expansíveis, o que permite a construção de redes afetivas.

Os territórios existenciais possuem múltiplas dimensões e sentidos, isto é, processos singulares de formação, (des)construção e reconstrução de territórios, possibilitando múltiplos significados e interações com o mundo, diferenciando o agir diante da vida e, assim, norteando as ações e práticas em saúde (FRANCO; MERHY, 2013; LIMA; YASUI, 2014).

No contexto do adoecer oncológico, territorializar-se é, de início, aproximar-se dos múltiplos elementos de construção desse fenômeno que se inscreve na experiência humana. É preciso fazer um parêntese e considerar o câncer em uma perspectiva ampliada. Em nível de determinantes do adoecimento, sabe-se que o câncer, além do histórico genético e da predisposição físico-orgânica, também é atravessado e produzido a partir da transição histórica, social, demográfica e epidemiológica que acontece em nível cultural e social, envolvendo o envelhecimento populacional; o estilo de vida; o processo de industrialização e urbanização, dentre outros elementos que precisam ser levados em conta no processo de cuidado, pois admite-se aqui que o câncer não é apenas um problema do corpo físico.

Acerca da discussão sobre o corpo com câncer, Deleuze e Guatarri (1996), também enunciam outra dimensão fundamental para o entendimento deste estudo: o Corpo sem Órgãos (CsO), que sente, se afeta, que nasce da capacidade de se abrir para novas sensações, novas disposições, novos arranjos, permeado por intensidades, que não perde o devir, um corpo em acontecimento, e que, se afastado daquilo que lhe potencializa a vida, perde sua capacidade revolucionária e adoece.

A experiência de ter câncer é impactante e produz efeitos múltiplos no corpo humano, abrangendo suas dimensões físicas, subjetivas, intuitivas e espirituais. Portanto, ter câncer é também um ato simbólico. Do diagnóstico à reabilitação, no imaginário coletivo a representação de câncer é a sua proximidade com a dor, o sofrimento, a morte e o morrer. Além da própria experiência concreta do tratamento, com mudança de hábitos de vida, incluindo as dimensões físicas, com os efeitos colaterais da cirurgia, quimioterapia, radioterapia e outros procedimentos; dimensões sociais, diante de uma maior dependência de cuidados de terceiros e mudanças na sua rotina social, referente ao trabalho, ao lazer etc. Enfim, ter câncer é um acontecimento que transforma vidas (BARRO; MELO; SANTOS, 2015; OLIVEIRA; GUIMARAES, 2015).

É nesse contexto de multiplicidade e, ao mesmo tempo, de singularidade que emergem várias formas de produzir cuidado para além do aparato biomédico-clínico de assistência hospitalar. Inseridos em um processo de territorializar-se à experiência de vivência do adoecer oncológico, é possível perceber o corpo sofrendo afecções biopsicossociais interligadas ao processo histórico de subjetivação de cada pessoa que vive o câncer. Sendo assim, o desdobramento de possibilidades de cuidado e enfrentamento é único para cada um que o vivencia.

Esse escrito tem por objetivo narrar a experiência do adoecer oncológico vivido por duas mulheres, que de forma singular, criam conexões de cuidado que promovam potência de vida e de saúde. Emerge, para ambas, a possibilidade

de cuidado através da religiosidade em conexão com a fé e a espiritualidade.

Optou-se por desenvolver um estudo da religiosidade como dimensão do cuidado oncológico por ter sido um acontecimento inesperado no desenvolvimento de uma pesquisa cartográfica. Para Ana e Luíza – as duas mulheres que irão nortear essa temática –, foi através de suas conexões religiosas que surgiu a possibilidade de caminhar e atravessar os diversos territórios da experiência oncológica, desde o diagnóstico à reabilitação, além do enfrentamento aos efeitos psicossociais em seu corpo como um todo.

Sentir a religiosidade como potência de cuidado, foi uma vivência intensa, tanto para os pesquisadores, como para essas mulheres e, por isso, o interesse em desenvolver uma escrita criativa e reflexiva acerca dessas questões.

Na literatura científica, diversos estudos apontam o fenômeno da religiosidade no campo da saúde e, também, na seara oncológica. De forma mais abrangente, Alves et al. (2010) dissertam sobre a relação entre religião e saúde que atravessa passado e presente na constituição histórica do cuidado. Entretanto, na contemporaneidade com a hegemonia do modelo de assistência médico-centrada pautada na perspectiva positivista, reduz o cuidado às evidências epidemiológicas e as investigações clínicas, onde se faz necessário lidar apenas com fenômenos objetivos, concretos e passíveis de mensuração, afastando-se das crenças no espaço de enfrentamento e cura das doenças. A religiosidade foi ocupando as margens informais e, por vezes, ocultas e veladas da produção do cuidado.

Além disso, pesquisas empíricas apresentam como resultados que a religião vinculada ao processo de cuidado tem seus aspectos positivos, quando potencializam o bem-estar físico e mental, favorecendo a longevidade; e seus aspectos negativos quando a crença torna-se um fanatismo e aparece como a única forma de opção de cura, impedindo a vinculação a outras formas de cuidado, como os próprios serviços oferecidos pela biomedicina, a psicologia, dentre outras formas de cuidado (JONES, 2004; SUTHERLAND; POLOMA; PENDLETON, 2003).

Na oncologia percebe-se a forte presença do denominado *coping* religioso no enfrentamento à experiência de ter câncer (VEIT; CASTRO, 2013). Este é definido como as possibilidades utilizadas pelas pessoas para a preservação de sua saúde quando passam por situações que ameaçam sua integridade física e mental (STRAUB, 2005). A correlação religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida em pacientes oncológicas caminha por duas vias (MELO et al., 2015). Por um lado, pessoas religiosas podem desenvolver as estratégias de cuidados a partir de suas crenças religiosas ou por conexão com sua espiritualidade, o que viabiliza melhor qualidade de vida diante do tratamento. Por outro, a própria experiência do adoecer oncológico impulsiona e favorece a busca pela espiritualidade e religiosidade como mecanismos de enfrentamento do sofrimento.

Diante do contexto apresentado, a partir de cartografias de cuidado referente à experiência de mulheres com câncer, o estudo que desenha pretende pretensiosamente resgatar a perspectiva de que o cuidar em saúde acontece

de forma múltipla, trazendo para discussão as práticas de cuidado alternativas dando ênfase à religiosidade como produtora de cuidado oncológico.

A expectativa com esse capítulo é de que se possa deixar registrado que o físico, o subjetivo, o intuitivo, o transcendente e o espiritual formam um só corpo e que, portanto, toda forma de cuidado que compreenda tais dimensões possa ser considerada diante dos princípios da heterogeneidade, da multiplicidade e da nãoexclusão, que conformam o rizoma de criação da vida.

MÉTODO

A Cartografia como Método de Pesquisa

Este estudo é um recorte de uma pesquisa multicêntrica intitulada por: “Observatório Nacional da produção de cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde: avalia quem pede, quem faz e quem usa”.

Um dos objetivos desta pesquisa foi acompanhar a produção de cuidado de pessoas inseridas da rede oncológica, tanto na cidade de Fortaleza-CE como em São Luís-MA. Para tanto, através da cartografia foi possível desenhar os caminhos do cuidado (im)possíveis de usuários que experienciam o adoecimento oncológico.

A pesquisa cartográfica, tendo como principais representantes Deleuze e Guattari, é um modo de desenhar a paisagem social, retratando suas linhas de fuga, seus movi-

mentos e o que há de mais vivo; o que inquietante e intenso; o que produz e é produzido em tal espaço (GOMES; MERHY, 2014).

A cartografia evoca o rompimento com o paradigma da neutralidade e representatividade de um objeto de acordo com a perspectiva positivista de construção do conhecimento. Pelo contrário, a própria imersão da cartografia na experiência em campo já causa, por si, uma atualização ou transformação no plano de forças que atuam, modificando o cartógrafo e o campo a qual está imerso, portanto, sendo impossível a hegemônica neutralidade desejada na ciência.

O eixo norteador e ordenador da construção dessa cartografia baseiou-se no conceito de usuário-guia e seu nomadismo (GOMES; MERHY, 2014). Esse conceito reflete que o elemento central que tece uma rede de cuidado é o usuário, que caminha de acordo com suas possibilidades, fazendo múltiplas conexões em busca de cuidado.

Para a elaboração desse estudo, escolheu-se um dos caminhos muito desenhado por usuários, profissionais e gestores da rede oncológica que foi o processo de cuidado atrelado à conexão com a religiosidade/espiritualidade. Elegeu-se a experiência de duas mulheres, uma de cada cidade que compreendeu a pesquisa. Luíza, uma mulher com 58 anos que narra sua vivência com o Câncer de Colo Uterino e Ana, com 70 anos, que narra sua sobrevivência à Leucemia Mieloide Aguda (LMA).

A utilização de instrumentos e técnicas de pesquisa e de análise foram variadas e se construíram no desenvolver da pesquisa, compondo o que Deleuze e Guattari (1995)

denominam de caixa de ferramentas, que tem sua composição em devir, pois segundo Foucault (2012) “a prática é um conjunto de revezamentos de uma teoria a outra e a teoria um revezamento de uma prática a outra”. Portanto, ao fim da pesquisa, essa caixa se compôs como plano de consistência para as análises micropolíticas das redes na produção do cuidado às mulheres com câncer. Utilizou-se em campo de observação participante, confecção de diários de campo e o estabelecimento de conversações com as usuárias-guia. Para análise, fortaleceu-se das bases pós-estruturalistas advindas de Deleuze, Guattari e Foucault.

Este estudo responde a todos os propósitos da Resolução 466/2012 de pesquisa envolvendo seres humanos. Com parecer: 560.597 de 23/03/2014, pela Universidade Federal do Rio de Janeiro Campus Macaé.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Luíza e o encontro com o sincretismo religioso: força, fuga, vida e movimento

Narrar as experiências de cuidado oncológico de Luíza é anunciar o que existe no silêncio. Trata-se de uma mulher de 58 anos, mas que aparenta jovialidade. Seu corpo vive a experiência oncológica há cinco anos, quando descobriu, de forma diferenciada, o diagnóstico de câncer de colo uterino. Após sentir uma dor muito forte nas costas, um ortopedista a encaminhou diretamente para um oncologista para início dos exames, diagnóstico e tratamento.

Luíza conta que seu primeiro impacto foi com o diagnóstico: “Meu Deus, ali eu pensei que iria morrer. Eu chorei tanto, tanto” (Luíza). Nesse momento, no encontro com a usuária-guia, as lágrimas escorriam em seu rosto de forma tímida e sensível.

A descoberta foi tardia, a neoplasia já se encontrava em estado mais grave e não foi possível fazer cirurgia, realizando apenas tratamento de quimioterapia e radioterapia. A usuária conta que, após as sessões, tinha dia que desejava morrer para acabar de vez com o sofrimento, mas conta que: “Foi com o ajuda dos meus dois médicos, da minha companheira, da minha filha e, principalmente, com a minha fé em Deus e em Nossa Senhora da Conceição que eu consegui passar por tudo isso e contar hoje a minha história” (Luíza).

Diante dessa narrativa, percebe-se quantos territórios se inter cruzam no cuidado à saúde de Luíza, desde o aparato médico, perpassando pelo apoio familiar e privilegiando sua conexão espiritual. Há, então, a possibilidade de coexistência entre práticas de cuidado tão diferente umas das outras. Quando Luíza diz “A minha fé me curou” aparece um outro território que cuida, além dos cuidado clínico-médico-hospitalar: o campo espiritual, sua fé e sua forte ligação com as suas crenças e seus rituais simbólicos.

Nos primeiros encontros, a maioria de suas frases remetia-se a Deus ou à Nossa Senhora da Conceição. Até então, não se sabia de forma concreta como se interligava o cuidado em saúde com suas conexões religiosas. Porém, não havia como ir à casa de Luíza e não se afetar com os elementos simbólicos espalhados nas paredes de sua sala: a figura

do Papa, junto ao quadro de Nossa Senhora da Conceição e, ao lado, a foto de uma mulher vestida de preto e branco, a Pomba Gira. A captura da figuração da casa de Luíza produziu nos pesquisadores uma afetação que despertou o interesse de aprofundar nos territórios subterrâneos de cuidado oncológico de Luíza.

Por que subterrâneos? Luíza, depois de três encontros consegue falar, ainda de forma tímida, que além do catolicismo pertencia à religião umbandista, encontrando-se, dessa forma, mergulhada na experiência do sincretismo religioso. Essa questão foi mais aprofundada quando perebeu-se que havia, ao lado de sua cama, uma estante coberta com panos de cetim, branco e azul (as cores de Nossa Senhora da Conceição). Ao capturar tal imagem, Luíza foi indagada sobre o que estava encoberto, e como resposta: “Ali são meus escudos, minhas fontes de proteção. Todos os meus protetores estão ali. São Jorge, Pomba Gira, Nossa senhora da Conceição. Tudo, tudo que me protege e me cuida” (Luíza). Luíza abriu a cortina e foi possível ver um colorido de crenças que, segundo ela, estão cobertas por que a proteção precisa ser recíproca. Eles a protegem dando saúde e possibilitando-a à vida. Ela os guarda em sua casa cobertos com o manto protetor de Nossa Senhora da Conceição que, para ela, é a guia, a representante do Orixá feminina Oxum.

Além disso, é necessária uma outra forma de reciprocidade e gratidão pela cura e pela saúde. É preciso que uma vez por ano Luíza realize seus trabalhos, ao dançar na festa. Ela me explicou que os rituais de dança na Umbanda acontecem quando todos se dispõem de forma circular. A dança

é uma forma de oração corporal, uma prece em movimento, que promove harmonia entre espírito, mente e corpo, como uma forma de canalização de energias transcendentais do mundo espiritual e externando-as na dimensão material.

Só a partir dessa aproximação é que foi possível compreender a correlação entre sua religiosidade e sua saúde: “Eu devo gratidão à minha Nossa Senhora da Conceição que eu tenho muita fé e a força que a Pomba Gira me deu nos momentos mais difíceis do tratamento” (Luíza).

Por que o receio em falar da Umbanda? “Eu não costumo falar sobre minhas crenças não. Todo mundo sabe, todo mundo vê, mas ninguém se interessa. Na verdade, eu acho que o povo daqui não gosta. Existe preconceito com a Umbanda, todo mundo diz que é macumba e não é, eu levo muito a sério” (Luíza).

A sua conexão com suas crenças religiosas produz subjetividade. Para Deleuze e Guattari (1995), subjetividade refere-se, antes de tudo, a processos, no plural. Processos que se constroem inscritos nos territórios existenciais, que por sua vez, são constituídos em simultaneidade às configurações do social. Ou seja, a subjetividade é acima de tudo histórica. Nesse sentido, conforme observa Rolnik (2006), cada regime produz determinadas formas de subjetividade para conservação e operação daquele regime.

Onde se quer chegar falando sobre isso? As religiões de matrizes africanas sempre aconteceram de forma velada em territórios brasileiros. Por isso, a relação do catolicismo com os orixás, pois era a forma possível da Umbanda ou do Candomblé se estabelecer como religiosidade neste País.

Esse modo de subjetivação cria modos de existência, como a de Luíza que vive de forma intensa o cuidado em saúde ligado aos seus rituais umbandísticos.

Vale ressaltar a institucionalização da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS através do Ministério da Saúde. Andrade e Costa (2010) esclarecem que essas práticas valorizam recursos e métodos não biomédicos relativos ao processo saúde/doença/cura, enriquecem estratégias diagnóstico/terapêuticas e podem favorecer o pluralismo médico no Brasil. É a partir dessas práticas que o sistema público de saúde entrelaça os cuidados biomédicos aos campos de saberes e cuidados que desenha um quadro extremamente múltiplo e sincrético, articulando um número crescente de métodos diagnóstico-terapêuticos, tecnologias leves, filosofias orientais, práticas religiosas, em estratégias sensíveis de vivência corporal e de autoconhecimento.

A religião na vida de Luíza é aquilo que é visto, é percebido, mas não é falado, por isso, dito que só pode existir em silêncio. É uma conexão que acontece, de forma estigmatizada socialmente, e, portanto, velada, mas, mesmo assim, promove efeitos em seu corpo como um todo. Em meio a tais acontecimentos, ficou claro e evidente que a crença religiosa era viva, apresentando-se como um elemento caro à dimensão da produção do cuidado oncológico da usuária. Pode-se dizer que a relação entre Luíza e os rituais umbandísticos são de promoção da saúde, tendo impacto positivo em sua vida e se constituindo como uma rede viva de cuidado, oferecendo cuidados terapêuticos, atuando a partir de seu repertório simbólico e real.

Em suma, os encontros com Luíza desdobraram novas formas de pensar e criar o cuidado oncológico. Foi possível perceber o misto de territórios de cuidado que ela atravessa, seja médico, familiar e/ou religioso. Os múltiplos contornos da experiência dessa usuária-guia ensinam que o cuidar é, acima de tudo, vínculo com aquilo que produz potência de vida.

Ana: indivíduo coletivo, múltiplo, em permanente construção e em conexão com a religião

A religiosidade, a partir da qual se dá a ênfase deste estudo e a produção de conhecimento que deflagram e desenvolvem a presente investigação neste tópico, não é outra, senão, toda essa processualidade de subjetivação. Uma pesquisa que se constitui no encontro, por exemplo, da aguda necessidade explicitada na voz da usuária-guia, chamando a atenção para essa temática. Para Ana: “tudo que Deus quer que a gente passe, a gente passa...”. Mas, afinal, quem é Ana?

É válido ressaltar que o nome fictício dado à usuária-guia, justifica-se pela importância da religiosidade na vida e no enfrentamento do câncer da usuária-guia numa tentativa de entrelaçamento entre a história de vida e a produção de conhecimentos advindas da usuária-guia. Assim, tal opção pelo nome se deu pelo fato de que a Bíblia nos conta a história de uma mulher extraordinária, que é conhecida como uma guerreira da oração, o que nos faz associar a usuária-guia pela sua enorme fé e espiritualidade.

Ana é uma mulher de 70 anos, extremamente católica – todo o discurso proferido é seguido por expressões que se referem a Deus ou passagens bíblicas –, nascida em

Redenção-CE, onde precisou iniciar o trabalho na roça ainda criança para ajudar economicamente a família, abrindo mão, portanto, dos estudos. Reconhecendo uma necessidade de independência e obtendo uma certa liberdade financeira devido ao trabalho, ela se casa aos 16 anos, iniciando uma família – um dos maiores orgulhos de sua vida, é poder contar como soube conciliar seu trabalho, que tinha necessidade de sair de casa, com o papel de dona de uma casa e, acima de tudo, de ser uma mãe – e tendo, assim, oito filhos, quatro homens e quatro mulheres.

Por cerca de 9 meses percorre, entre idas e vindas, diferentes equipamentos de saúde e profissionais de saúde – caminhando por Unidades Básicas de Saúde, Unidades Hospitalares de referência (dentre eles, hospital traumatológico, de doenças infecciosas e clínico) e Unidades de Pronto Atendimento – a fim de criar possibilidades e potencialidades dentro de um contexto possivelmente vulnerável uma vez que a rede não garante um “cardápio” de serviços especializados no seu processo de adoecimento e, por fim, ser diagnosticada com LMA, o que, por conta da idade avançada, não a permitiu fazer quimioterapia e/ou transplante de medula óssea, tratando-se atualmente apenas com medicações paliativas de suporte e tendo acompanhamento médico em unidade hospitalar de referência, e fazendo uso de unidades de pronto atendimento em situações de urgência/emergência decorrente do processo de adoecimento.

Trata-se, portanto, de uma usuária-guia, como deve haver muitos outros(as), que reside em diversos temas, ou como pode-se dizer, uma usuária que criou seus modos de

existir por meio da construção de redes vivas entrelaçadas com a religiosidade a fim de criar possibilidades e potencialidades dentro de um contexto possivelmente vulnerável no seu processo de adoecimento, pondo, assim, em cena questões inerentes aos processos micropolíticos.

A relação entre a trajetória de vida e os modos de existir de Ana leva-nos a deduzir que a religiosidade viabiliza as relações do cuidado em saúde, manifestando sentidos, pluralidade e potência no corpo, pois Deleuze (2007, p. 74) diz que, “o sentido não é nunca princípio ou origem, ele é produzido. Ele não é algo a ser descoberto, restaurado, re-empregado, mas algo a produzir por meio de máquinas”, uma vez que Ana revela-nos que acredita que sua fé inabalável em Deus e suas orações diárias – sendo diversas vezes no dia – irá curá-la, dando motivo para que ela “continue na luta sem fraquejar” (Ana).

Para além disso, a religião exerce um papel de apoio social, uma vez que a exposição da religiosidade reforça confiança na relação com o outro, possibilitando o vínculo. É válido afirmar, também, o preconceito ou a descrença com religiões contrárias – diversos discursos acerca disso foram proferidos por Ana, sendo uma vez o pesquisador questionado por não expressar opiniões sobre tal questão –, o que gera alguns conflitos com indivíduos na comunidade.

Por outro lado, há momentos no processo de adoecimento em que Ana se encontra mais debilitada e sentindo-se impotente ao dizer que “não tinha doença nenhuma, graças a Deus, só essa doença veio que eu peguei, com não sei nem o quê! [...] Eu não sei o que fiz pra pegar essa doença” (Ana).

Para Almeida e Leão (2013, p. 281), “a doença é produto do entrecruzamento de forças que vai além do biológico. Assim, a produção de saúde visa recuperar não apenas o corpo adoecido, mas as relações que adoecem aqueles que habitam o espaço existencial”. Já Deleuze (2002, p. 34) em seus estudos espinosianos afirma que “a paixão triste é sempre impotência”. Spinoza (2010) quer nos dizer que uma pessoa doente é, como todas as outras, por uma definição, uma potência singular, e, no entanto, ao olharmos para ela o que vemos é uma impotência. Assim, mesmo um corpo fragilizado, seriamente doente, visivelmente impotente, se esforça para viver, uma vez que o corpo tem o poder de afetar e ser afetado devido à capacidade do corpo humano de experimentar seus encontros.

Contudo, o adoecer, em câncer, desencadeia, portanto tristeza, maus encontros, capazes de gerar ideias sobre morte/morrer, que somadas às vivências de restrições corporais, dores e sofrimentos, causam ainda mais subjetivações. Nesses momentos de resignificação, a religiosidade, como dispositivo criador de agenciamentos e linhas de fugas, tem efeito positivo, visto que, por um lado, contribui para a diminuição de encontros negativos provocados pelo adoecimento e, por outro lado, aprimora sua potência de vida. Uma vez que Ana narra: “se for para Ele [Deus] me tirar, Ele vai me tirar. E se for para Ele me dar minha saúde... Mas eu estou confiante, graças a Deus...”.

A religiosidade, portanto, pode ser vista como uma movimentação de intensidades – as linhas de fuga – que indica as múltiplas saídas para a vida, podendo serem vistas como modos de existência, estilos de vida, maneiras de ver

um entre outros modos, e rompendo com os traçados duros, concretos e fechados dos encontros da vida.

Assim, buscando compreender o sujeito em relação com o mundo e consigo mesmo, deparamo-nos com um indivíduo – em processo de adoecimento e reflexão sobre saúde-doença-morte – capaz de ressignificar seus modos de existir, a partir da produção social dos processos de subjetivação e de agenciamentos, ao fazer uso do dispositivo da religiosidade, permitindo-se, dessa maneira, afetar, ser afetado e dar potência ao corpo e à mente. Uma vez que, “morrer, todos nós morreremos... Agora, eu não vou pensar que vou morrer, agora não, se Deus quiser, porque eu tenho fé!” (Ana).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A história do cuidado às pessoas com câncer passando pelo seu reconhecimento biomédico até a construção da política nacional de atenção oncológica, já conquistou grandes avanços. Não significando que não há desafios, haja vista que, historicamente, a atenção oncológica atravessa a forte demarcação do modelo médico-hospitalar e de alta complexidade, tendo a proposta do SUS indo na contramão do sistema, à medida que articula ações e cuidados a pessoas com câncer, não somente curativas e individuais, mas com o intuito de reduzir a incidência, a mortalidade por esta doença e, principalmente, privilegiar processos de cuidado que promova qualidade de vida.

O fio condutor de análise deste capítulo fortalece a perspectiva de que para a construção de uma rede de atenção às pessoas com câncer não se pode pensar que se tratar somente

de um prolema orgânico. O intuito foi ratificar a necessidade de reconhecimento da produção não somente da doença e sim, da vida, diante da experiência do adoecer oncológico.

A produção do cuidado oncológico de Luíza coloca em pauta de discussão as práticas alternativas e a necessidade de serem respeitadas todas as formas de conexão de cuidado, sejam elas físicas ou espirituais. Em síntese, Luíza demonstra que a ética do cuidado transitam caminhos diversos, guiados e impulsionados pelo desejo que se inscreve no campo social.

Ana se entrelaça aos fios da religiosidade e do adoecimento, a partir do olhar amplo e subjetivante, destacando-se uma nova forma de compreensão perante as realidades humanas – a partir da fé. Assim, o cuidado de Ana tem influência direta da religiosidade na saúde, sugerindo potencial para efeitos positivos, bem como negativos no processo de adoecimento, o que evidencia, independente dos possíveis mecanismos, a forma como o indivíduo pode lucrar em termos de saúde por conta da religião, quando se respeita as convicções individuais de cada um no processo de cuidado.

Em outras palavras, este estudo enfatiza a perspectiva de soma e não de exclusão. Não nega a importância da articulação médica-hospitalar, mas que existem uma multiplicidade de possibilidades de cuidado que estejam vinculadas à história de cada sujeito e às suas necessidades de saúde.

Ratifica-se a importância de ampliar o olhar e reconhecer que existem outras/várias formas de cuidado e de conexão, que também são promotores de vida, como a religiosidade e a espiritualidade, vistos nas experiências de Ana e Luíza.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. P.; LEÃO, L. H. C. Produção de Saúde como Compromisso da Psicologia Social. **Fragmentos de Cultura**. Goiânia, v. 23, n. 3, p. 277-289, jul./set. 2013.

ALVES, R.R.N et al. A influência da religiosidade na saúde. **Ciência saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2105-2111, Julho de 2010.

ANDRADE, J. T.; COSTA, L. F. A. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. **Saúde e Sociedade**. v. 19, n. 3, p. 497- 508, set. 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.439/GM**, de 08 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 76, Seção 1, p. 80-81, 09 dez., 2005.

DELEUZE, G. **Espinosa: Filosofia prática**. São Paulo: Escuta, 1997/2002.

_____. **Francis Bacon – Lógica da Sensação**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2007.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs - capitalismo e esquizofrenia**, v. 1. Tradução de Aurélio Guerra Neto e Célia Pinto Costa. Rio de Janeiro: Ed. 34, p. 94, 1995.

_____. **Mil platôs - capitalismo e esquizofrenia**, vol. 3. Tradução de Aurélio Guerra Neto et al. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1996.

FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. **Microfísica do Poder**. 25. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2012.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: Textos Reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013.

GOMES, M. P. C.; MERHY E. E. **Pesquisadores In-Mundo**: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Coordenação de Prevenção e Vigilância Estimativa 2014**: Incidência de Câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

JONES, J. W. Religião, Saúde e Psicologia da Religião: Como a Pesquisa sobre Religião e Saúde nos ajuda a compreender a religião. **J Relig Saúde**. 43 (4): 317-328, 2004.

LIMA, E. M. F. A.; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura e cuidado na atenção em saúde mental. **Linha mestra**. n. 23, ago/dez. 2013.

MELO, C. F. et al. Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. **Estudos e pesquisas em psicologia**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 447-464, jul. 2015.

MERHY, E. E. O cuidado é um acontecimento e não um ato. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: Textos Reunidos. São Paulo: Hucitec, p. 141-150, 2013.

OLIVEIRA, P. E; GUIMARÃES, S. M. F. - Vivências e práticas de cuidado de mulheres em processo de tratamento de câncer - **Ciênc. saúde coletiva**. 20(7): 2211-2220, 07/2015.

PALOMBINI, A. L. et al. **Acompanhamento terapêutico na rede pública**: a clínica em movimento. 2. ed., rev. Porto Alegre: Editora UFRGS, p. 143, 2008.

ROLNIK, S. **Geopolítica da Cafetinagem**. São Paulo (EDITORA), 2006.

SPINOSA, B. ; Correspondence. Traduction, présentation, notes, dossier, bibliographie et chronologie par Maxime Rovere. Paris: Editions Flammarion. 2010.

STRAUB, R. O. **Psicologia da saúde**. Porto Alegre: Artmed. 2005.

SUTHERLAND, J.; POLOMA, M. M.; PENDLETON, B. Religião, espiritualidade, e práticas de saúde alternativas: O Baby Boomer e Cold War coortes. **J Relig Saúde**. 42: 315-338, 2003.

TEIXEIRA, L. A.; PORTO, M.; HABIB, P. A. B. Políticas públicas de controle de câncer no Brasil: elementos de uma trajetória. **Cadernos de saúde coletiva**. 20(3), 2012.

VEIT, C. M.; CASTRO, E. K. Coping religioso/espiritual e câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. **Psicologia, Saúde & Doenças**. Lisboa, v. 14, n. 1, p. 1-22, mar. 2013.

PROIBIDA A DIFUSÃO
REVISÃO DO AUTOR

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE MÃES DE CRIANÇAS COM CÂNCER: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

*Márcia Shirley Meneses
Ana Valeska Siebra e Silva*

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa faz referência ao trajeto que as crianças e suas mães percorrem em busca de atendimento para o tratamento do câncer na rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), desde o período em que percebem os sinais da doença em seus filhos, até a admissão hospitalar onde inicia o tratamento. Este caminho de investigação chamamos de itinerário terapêutico.

O itinerário terapêutico é uma condição em que o usuário faz alternativas de ações distintas no qual nem sempre acontecerá um seguimento na trajetória, mas que poderão ser descritos no momento em que considerarem convenientes. No entanto, deve-se analisar que a opção e a avaliação da terapêutica pelo indivíduo são embasadas em suas experiências de vida, e em seus valores (ALVES e SOUZA, 1999).

O termo “itinerário terapêutico” teve sua origem através do médico e sociólogo Arthur Kleinman, que fez

referência pela primeira vez ao Sistema de Atenção à Saúde (SAS) em 1976, na *Conference on Theory in Medical Anthropology* em Washington (TRAD, 2015).

Kleinman (1978) destaca a importância de três sistemas interligados: o familiar, onde a família e a comunidade conseguem gerenciar seus problemas; o profissional, composto pelos profissionais legalizados; o popular ou *folk*, onde fazem parte os grupos religiosos. O princípio cultural decide o desfecho da doença, dependendo do local onde o sujeito reside.

Para Trad (2015), esse itinerário corresponde ao percurso que os sujeitos desempenham na procura de tratamento para a enfermidade, que vai desde o período do descobrimento até sua resolução, encontrando nessa busca várias interpretações até achar a terapia adequada.

Dentre as doenças crônicas acometidas em crianças, a que mais chama atenção é o câncer, por ser uma problemática emergente em todo o mundo, e apresenta uma incidência cada vez mais crescente na rede de atenção (INCA, 2015).

No Brasil, o câncer aponta como a primeira causa de óbito entre crianças, e estima-se que cerca de 12.600 novos casos ocorrerão entre 2016 e 2017. Dentre as neoplasias mais comuns, destacam-se as Leucemias, com incidência de 30,0%, os tumores do sistema nervoso central (19,0%), linfomas (13,0%), neuroblastoma (8,0%) e o osteosarcoma (5,0%) (INCA, 2015).

O diagnóstico precoce estabelece o fundamental aspecto associado à evolução da doença, assim como a orientação terapêutica de qualidade. Por isso, é necessário que exista garantia do acesso à rede de atenção à saúde, além da percepção

ção da família acerca dos sinais da doença, pois ao contrário do adulto, na criança a ligação com fatores ambientais não é tão evidente (RODRIGUES; CAMARGO, 2013).

Dentro dessa perspectiva, elaboramos uma revisão integrativa sobre a temática apresentada. A revisão integrativa engloba uma das mais amplas abordagens metodológicas referente às pesquisas. Ela permite incluir estudos experimentais ou não, proporcionando uma visão mais apurada do fenômeno estudado. Cruza informações da literatura teórica e empírica, define conceitos, revisa teorias e evidências. (WHITTEMORE; KNAFL; 2005).

A revisão integrativa promove uma informação atualizada sobre uma temática particular, uma vez que identifica, analisa e sintetiza resultados de pesquisas independentes sobre o mesmo assunto, contribuindo para uma repercussão positiva na qualidade dos cuidados prestados à demanda (PEREIRA; MIRANDA, 2014). Esse método leva a conclusões gerais no que diz respeito a uma determinada área (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Assim sendo, a revisão integrativa é um instrumento diferenciado nas pesquisas, pois resume estudos sobre diversos temas, direcionando para a prática que é fundamentado em publicações científicas.

OBJETIVO

Identificar produções científicas relacionadas a itinerários terapêuticos de mães de crianças com câncer.

METODOLOGIA

Como dissemos anteriormente, para melhor imersão na temática, foi realizada uma revisão integrativa, que é realizada a partir de seis etapas: a questão da pesquisa para sua elaboração; critérios de inclusão e exclusão dos estudos; divisão das categorias estabelecidas; avaliação dos estudos escolhidos na inclusão; interpretação dos resultados; apresentação da revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Os descritores empregados para a realização desta pesquisa foram: itinerário terapêutico, crianças, família, câncer. Através de investigações na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), foram utilizadas as bases de dados SCIELO, LILACS e Index psicologia.

A coleta deste estudo se deu nos meses de outubro a novembro de 2016. E, de acordo com os descritores citados, na primeira busca das produções científicas, encontramos 32 relacionadas a essa temática. Após esse processo, identificamos as publicações que traziam sobre itinerário terapêutico com crianças e no resumo as que descreviam o caminho percorrido pelo usuário em busca de saúde.

Após a leitura e a avaliação delas, houve a inclusão para aquelas que condiziam ao objetivo relacionado. As exclusões aconteceram por não satisfazerem ao desígnio da temática, ou por se tratarem de pesquisas com adultos. Dessa forma, apenas 7 foram consideradas, pois contemplavam ao ensejo proposto. Vale a pena ressaltar que alguns artigos se repetiram nas bases citadas anteriormente e, portanto, não foram considerados.

RESULTADOS

A partir da análise das produções científicas selecionadas, os dados foram categorizados por proximidade temática.

Quadro 1: Categorização das produções científicas

1. Itinerário terapêutico percorrido por mães de crianças com transtorno autístico, FAVERO; AMARAL, 2010	Examinar o itinerário percorrido por mães de crianças com transtorno autístico na busca do diagnóstico do tratamento	Entrevista qualitativa, utilizando a hermenêutica para compreender os dados; complementada por questionário sócio demográfico	Foi verificado que conhecer o itinerário terapêutico contribui para o planejamento dos serviços especializados, que devem oferecer recursos disponíveis às famílias, desde o início do diagnóstico
2. Itinerário terapêutico no cuidado mãe-filho: interfaces entre a cultura e biomedicina, AMARAL et al (2012)	Investigar o itinerário terapêutico no cuidado mãe-filho com interfaces entre a cultura e biomedicina	Abordagem qualitativa e desenho exploratório	Os resultados permitiram conhecer elementos do itinerário terapêutico de mães no cuidado de seus filhos, e o entendimento que para que se estabeleça essa relação de cuidado é necessário que haja uma intenção e uma predisposição para estar com o filho.
3. O itinerário terapêutico de famílias de crianças com doenças respiratórias no sistema público de saúde. OLIVEIRA, et al (2012)	Identificar o itinerário terapêutico de famílias em busca de cuidado para sua criança com doença respiratória	Pesquisa com abordagem qualitativa, guiada pela hermenêutica em saúde, com participação de familiares de crianças menores de cinco anos.	Os resultados indicaram que as famílias buscaram o serviço de saúde assim que perceberam os sintomas e tiveram acesso médico. Porém que não foram contempladas a atenção de forma integral nesses atendimentos.
4. Itinerário terapêutico da criança com tuberculose no Espírito Santo. BROTTTO; AGUIAR (2013)	Analisar a percepção dos pais/responsáveis sobre o itinerário terapêutico da criança com tuberculose	Pesquisa tipo qualitativa descritiva exploratória, tendo como método a Narrativa de vida, usando entrevista aberta como ferramenta de produção dos dados	Foi confirmado que após o adoecimento das crianças, as mães levaram ao serviço de saúde. As práticas religiosas referentes ao setor popular também foram utilizadas na busca do diagnóstico e tratamento

5.O acesso e a dificuldade na resolutividade do cuidado da criança na atenção primária à saúde, FINKLER, et al (2014)	Aprender o acesso em duas unidades de atenção primária, tradicional e saúde da família e avaliar se houve resolutividade da assistência a saúde da criança	Trata-se de uma pesquisa qualitativa, utilizou-se a hermenêutica para compreensão dos dados bem como pela análise temática	Foram confirmados cuidados fragmentados e desordenados, no que se refere ao atendimento da criança na atenção primária à saúde, demonstrando que os serviços carecem de estruturas bem como desenvolvimentos resolutivos para a criança e sua família.
6.Itinerário terapêutico em situações de urgência e emergência pediátrica em uma comunidade quilombola, SIQUEIRA; JESUS; CAMARGO (2016)	Conhecer o itinerário terapêutico adotado por quilombolas em situações de urgência/emergência pediátrica	Pesquisa descritiva com abordagem qualitativa que teve como suporte teórico o modelo de Sistema de Cuidados à Saúde de Arthur Kleinman	O itinerário na busca pelos cuidados permitiu que as mães partilhassem suas vivências e proclamassem as dificuldades quando acessaram os serviços de saúde, o que resultou a falta de resolutividade e de acolhimento do subsistema profissional.
7.Significados da morte de crianças com câncer: vivências de mães de crianças companheiras de tratamento. GONÇALVES, (2016)	Compreender os significados que mães, cujos filhos terminaram o tratamento do câncer infantil, atribuem à morte de outras crianças com câncer vivenciadas no contexto hospitalar	Pesquisa qualitativa com fundamentação fenomenológica.	Mostram que é preciso criar dispositivos de escuta para que as mães possam conversar livremente sobre o percurso do tratamento de seus filhos. Foi compreendida a possibilidade de ampliar os valores para esse tema.
Pesquisa	Objetivo	metodo	Resultados

Fonte: Elaborado pela autora

As categorias temáticas discutidas a seguir foram apreendidas a partir da análise das produções científicas.

5.1 Acesso e acolhimento na atenção básica

As ações na atenção básica à saúde são de grande relevância, pois previnem o adoecimento crônico de crianças, ao garantirem a acessibilidade da população aos serviços quando proporcionam atenção ambulatorial resolutiva, evita-se a hospitalização, que, por vezes implicam condições desconfortantes para as crianças e suas famílias. Desse modo, sendo o acesso o primeiro contato da população com os serviços de saúde, é uma das condições necessárias para se concretizar o cuidado aos indivíduos (OLIVEIRA et al, 2012; FINKLER, 2014).

Na recepção, os usuários colhem as informações necessárias para se orientarem nas unidades, onde deve ser estabelecido o diálogo, mas que nem sempre ocorre de forma agradável, e algumas vezes os usuários sentem-se mal acolhidos e intimidados nas consultas. Nesse ambiente, a demanda deve ser direcionada de acordo com as necessidades, dúvidas ou queixas. Que seja um local onde possa estabelecer vínculos, garantindo um atendimento humanizado, e suprir as necessidades biológicas, psicossociais, culturais e subjetivas, bem como gerar resoluções das problemáticas pautadas, e apresentar-se como a porta de entrada preferencial para as redes de atenção à saúde (SIQUEIRA; JESUS; CAMARGO, 2016).

No artigo de Finkler (2014), ele aponta que a recepção “se comportou como uma barreira e filtro aos usuários”, fazendo menção ao mau acolhimento que os usuários obtiveram.

De acordo com o estudo de Finkler (2014), foi possível observar que a maioria dos atendimentos realizados se deu

por meio das consultas médicas em que o acesso ao cuidado em saúde da criança é priorizado em situações agudas de doenças. Sendo assim, o foco desse cuidado acaba sendo a doença, as queixas e as intervenções para a cura, o que retrata um cuidado em saúde médico-centrado, supervalorizando apenas os aspectos biológicos da criança, demonstrando fragilidades no que se refere ao acolhimento à criança na atenção básica à saúde.

Logo, ao pensar nessas questões, vemos a importância da prática pelo cuidado na atenção básica, para que não se prenda apenas na racionalização da técnica do trabalho, mas que atenda às necessidades de saúde das crianças. Dessa maneira, o cuidado deve ser entendido como um intercâmbio entre dois ou mais sujeitos, e ter em vista o alívio do sofrimento, promovendo bem-estar no acolhimento.

5.2 Enfrentamentos das dificuldades

As formas de busca pelo atendimento na atenção básica muitas vezes são caracterizadas como urgência/emergência, e são apontadas como a maior problemática da saúde pública, pois há casos em que existe a necessidade de observação médica imediata devido ao risco de vida, e quando não se tem uma assistência especializada.

Nesse sentido, é uma das principais causas de óbito, de uma forma especial nos países de baixa e média renda, levando em consideração que, em algumas unidades existem descasos por parte dos profissionais ou responsáveis legais, havendo conflito de horário entre o funcionamento da uni-

dade e o horário de trabalho dos familiares, que procuram a emergência no momento em que a criança teria uma manifestação aguda em dia ou horário em que a Unidade estava fechada (OLIVEIRA et al, 2012; SIQUEIRA; JESUS; CAMARGO, 2016).

No desafio do longo tempo de espera, as famílias têm que conviver com a probabilidade da recorrência da doença, evidenciando a necessidade de viver uma nova jornada e reconhecendo que esse retorno, na maioria das vezes, exige um tratamento mais difícil e com menores possibilidades de vitória (GONÇALVES et al, 2016)

Os autores Oliveira et al, (2012); Finkler et al, (2014); Siqueira; Jesus; Camargo, (2016) concordam que, além de enfrentar os fatores culturais, a busca por cuidados demonstra a influência do nível socioeconômico no alcance da assistência à saúde, visto que o itinerário terapêutico revela práticas e estratégias de populações no enfrentamento de seus problemas de saúde.

Considerando a circunstância da aglomeração de pessoas na visão do sistema de cuidados de saúde de Kleinman, percebe-se que é neste local onde primeiro a doença é observada. Muitas vezes, essa aglomeração é vista como o setor popular, em que depois de se descobrirem doentes, as pessoas decidirão sobre como conduzir a doença, podendo ou não procurar ajuda dentro dos conhecimentos de saúde de sua rede social mais próxima, ou ir em busca de outros setores.

Ao se tratar da saúde de crianças, o setor popular deve ser fortalecido pelo setor profissional, com o objetivo de proteção dessas crianças, assegurando uma infância saudável

com bom desenvolvimento físico, intelectual e emocional (AMARAL et al, 2012; BROTTTO, 2013).

Os estudos sobre itinerário terapêutico, no Brasil, ainda são recentes e, por esse motivo, é importante a realização de novas pesquisas que abordem as práticas de cuidado e as dificuldades enfrentadas na busca pelos serviços de saúde, tendo em vista melhorar a implementação de políticas públicas que permitam a otimização do acesso.

5.3 Satisfação do usuário no atendimento à saúde

No que diz respeito à satisfação do usuário quanto ao atendimento, foram identificados alguns pontos importantes: o acesso, a interação entre a equipe e os usuários, e a organização do trabalho na unidade. Os usuários expressaram satisfação com a acessibilidade quando perceberam uma atenção cuidadosa e compreensível vinda dos profissionais, embasadas na humanização do cuidado, sendo assinalado como sugestão para qualificar profissionais e melhorar a organização dos serviços (FAVERO-NUNES; SANTOS, 2011).

Oliveira et al (2012) reforça que o preparo do ambiente, de si próprio e da relação de atendimento em unidade de saúde da rede de atenção básica, a criação de vínculo, são de grande valia para dar respostas resolutivas às necessidades de saúde das crianças e de suas famílias.

A reação de alívio ao encontrar o diagnóstico correto gera esperança de cura, pois esclarece a situação e dá um nome às dificuldades. Em alguns casos, após o contato com as unidades, as mães perceberam melhora nos pro-

blemas da criança, considerando suficientes as condições e recursos materiais e humanos encontrados, a favorável infraestrutura do local de atendimento. O organizadoagendamento de procedimentos para encontros de cuidados efetivos, relacionais, dialógicos e pautados pela atenciosa escuta, colaboram para a responsabilização, autonomia na produção do cuidado à criança na atenção primária e para a transformação necessária no cotidiano dos serviços de saúde (FAVERO-NUNES; SANTOS 2011; OLIVEIRA et al, 2012).

Este estudo permitiu conhecer elementos do itinerário terapêutico das mães no cuidado de seus filhos e, de uma forma especial, nos subsistemas referidos por Kleinman (1978). Foi perceptível que, desses, o mais usado pelas mães foi o popular, no qual buscaram através de suas redes sociais mais próximas, a resolubilidade para a enfermidade dos seus filhos, e muito embora existissem enfrentamentos, não foram barreiras maiores que o desejo de continuidade no itinerário terapêutico trilhado por cada uma, em sua singularidade.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu conhecer elementos do itinerário terapêutico das mães no cuidado de seus filhos e, de uma forma especial, nos subsistemas referidos por Kleinman. Foi perceptível que, através das redes sociais mais próximas, buscaram a resolubilidade para os enfrentamentos. E, muito embora existissem tais realidades, não foram maiores que o desejo de continuidade no itinerário terapêutico trilhado por cada uma, em sua singularidade.

A revisão integrativa por ser um método de pesquisa que consente avaliar criticamente um tema pesquisado, pode-se buscar intervenções efetivas na assistência à saúde, e nortear para que outras aconteçam, tendo em vista a praticidade e redução de custos.

De acordo com os estudos mencionados nesta revisão integrativa, ficou evidente a importância de se buscar apoios durante essa trajetória, sejam nas redes de amigos, vizinhos, familiares (setor popular); pela colaboração de profissionais (setor profissional) ou por meio dos grupos religiosos (sistema *folk*), no que diz respeito ao conforto nessa hora de grande vulnerabilidade, em que as mães precisam de recursos para adquirirem a resiliência necessária no enfrentamento dessa conjuntura.

REFERÊNCIAS

ALVES, P. C.; SOUZA I. M., Escolha e produção de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In RABELO, M. C.; ALVES, P. C., Organizadores. **Experiência de doenças e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 125, 1999.

AMARAL, R. F. C.; SOUZA, T.; MELO, T. A. P.; RAMOS, F. R. S. Itinerário terapêutico no cuidado mãe-filho: interfaces entre a cultura e a biomedicina. **Rev Rene**. v. 13 n. 1, p. 85-93. 2012

BROTTO, L. D. A. **Itinerário terapêutico da criança com tuberculose no Espírito Santo** Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2013.

INCA Instituto Nacional de Câncer (Brasil). **Dia Mundial do câncer** – Rio de Janeiro. 2015. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/wcm/dmcd/2015/ao-nosso-alcance.asp#>> Acesso em 4 /03/ 2016.

- FAVERO-NUNES, M. A.; SANTOS, M. A. Itinerário terapêutico percorrido por mães de crianças com transtorno autístico. **Psicol. Reflex. Crit.** Porto Alegre. v. 23, n. 2. 2010.
- FINKLER, A. L.; VIERA, C. S.; TACLA, M. T.; TOSO, B. S. O acesso e a dificuldade na resolutividade do cuidado da criança na atenção primária à saúde. **Acta Paul Enferm.** Paraná, ago v. 27 n. 6, p. 548-53. 2014.
- GONÇALVES, S. M.; VALLE, E. R. M.; SANTOS, M. A. Significados da morte de crianças com câncer: vivências de mães de crianças companheiras de tratamento. **Estud. psicol. Campinas.** out v. 33. n. 4. 2016.
- KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Soc Sci Med.** apr. v. 12 n. 2. p. 85-95. 1978.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis. v.17 n.4, out/dez, 2008.
- OLIVEIRA, B. R. G. O.; COLLET, N.; MELLO, D. F. M.; OLIVEIRA, R. A. G. L. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v. 20 n. 3. mai/jun, 2012.
- PEREIRA, M. O.; SÁ, M. C.; MIRANDA, L. Um olhar sobre a atenção psicossocial a adolescentes em crise a partir de seus itinerários terapêuticos **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 30 n.10 p. 2145-2154, out, 2014.
- RODRIGUES, K. E.; CAMARGO, B. Diagnóstico precoce do câncer infantil: responsabilidade de todos. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v. 49, n. 1, jan/mar, 2003.
- SIQUEIRA, S. M.; JESUS, V. S.; CAMARGO, C. L. Itinerário terapêutico em situações de urgência e emergência pediátrica em uma comunidade quilombola. **Ciênc. saúde coletiva.** Rio de Janeiro, vol.21 no.1. jan, 2016.

SOUZA I. M. **Experiência de doenças e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 125.1999.

TRAD, L. A. B. Itinerários terapêuticos: questões e enfoques presentes na literatura e um modelo holístico de análise com foco na cronicidade In CASTELLANOS, M. E. P.; TRAD, L. A. B.; JORGE, M. S. B.; LEITÃO, I. M. T. A. (Orgs.). **Cronicidade[-book]: experiência de adoecimento e cuidado sob a ótica das ciências sociais**. Fortaleza: Ed. UECE, 2015.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: update methodology. **J Adv Nurs.**, v. 52 n. 5, p. 546-553. 2005.

PROIBIDA A DIVULGAÇÃO
REVISÃO DO AUTOR

PREVALÊNCIA DE DOENÇA RENAL CRÔNICA EM PACIENTES HIPERTENSOS E/OU DIABÉTICOS EM UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE NUMA CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO

Larissa Alves Alexandre Moliterno

Paula Frassinetti Castelo Brando Camurça Fernandes

INTRODUÇÃO

Definição

A Doença Renal Crônica (DRC) é, atualmente, um problema de saúde pública devido à sua crescente incidência e ao alto custo da terapia de substituição renal (TRS). Afeta 5 a 10% da população mundial e sua incidência, no Brasil, tem aumentado, devido ao número crescente de pacientes diagnosticados, principalmente os portadores de diabetes mellitus, hipertensão arterial, bem como pelo aumento da longevidade da população (BASTOS, KIRSZTAJN, 2011; ECKARDT et al., 2013) referência da dissertação. Calcula-se que, 13% da população apresenta DRC (HAAN et al., 2013).

No contexto brasileiro, os números também não são animadores. Segundo o Censo Brasileiro de Diálise (2014) havia 112.004 pacientes em diálise no país e que a estima-

tiva das taxas de prevalência e a incidência foram de 552 e 180 por milhão na população, respectivamente, vale ressaltar, que esses valores foram uma estimativa feita até julho desse ano (SESSO et al., 2016).

Entende-se por DRC a lesão do parênquima renal (com função renal normal) e/ou a diminuição funcional renal presente por um período igual ou superior a três meses, sendo proposto a partir de então a definição por estadiamento da doença (tabela 1). Assumiu-se tal definição a partir dos critérios estabelecidos pela *National Kidney Foundation Americana* (NKF), em seu documento *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* (K/DOQI). Os critérios são: lesão presente por um período igual ou superior a três meses, definida por anormalidades estruturais ou funcionais do rim, com ou sem diminuição da Filtração Glomerular (FG), evidenciada por anormalidades histopatológicas ou de marcadores de lesão renal, incluindo alterações sanguíneas ou urinárias, ou ainda, de exames de imagem; e $FG < 60 \text{ mL/min/1,73m}^2$ por um período igual ou superior a três meses com ou sem lesão renal (BASTOS, 2010; BRASIL, 2014a).

Estadiamento da DRC

A doença renal é uma doença progressiva, com piora da função ao longo dos anos. O diagnóstico e estadiamento da DRC baseiam-se na documentação da diminuição da taxa de filtração glomerular (TFG) e lesão do parênquima.

Com o objetivo de facilitar o diagnóstico preciso pelos clínicos gerais, principalmente para os profissionais do nível primário de saúde, um grupo de especialistas publicou um

artigo (VASSALOTTI et al., 2016) baseado nas diretrizes e recomendações dadas pelo KDIGO (2013). Nesse, apresentou-se uma nova forma de classificar e estadiar a DRC com base tanto na TFG quanto na quantificação da albuminúria para uma avaliação prognóstica mais precisa (quadro 1). A partir desse quadro, meramente didático, o profissional poderá visualizar o estadiamento em que o doente renase encontra, para então decidir ou não encaminhá-lo ao especialista.

A cor verde pode refletir DRC com TFG normal e relação albumina/creatinina apenas na presença de outros marcadores de danos nos rins, tais como imagens mostrando doença renal policística ou anormalidades de biópsia renal, com medições de acompanhamento anualmente.

Esses são apenas parâmetros gerais com base na opinião dos especialistas e devem levar em conta as condições e comorbidades subjacentes ao estado da doença, bem como a probabilidade de impactar uma mudança no manejo de qualquer paciente individualmente.

Quadro 1 – Classificação da DRC: a partir da TFG e Albuminúria

CLASSIFICAÇÃO DA DRC: a partir da TFG e Albuminúria			Albuminúria		
TFG			A1 Normal levemente aumentada	A2 Levemente moderada- mente aumen- tada	A3 Severamente aumentada
			< 30	30-299	≥ 300
Estágio I	Normal ou Aumentada	≥90	Se presente tratar os fato- res de risco	Referenciar 1 vez ao ano	Referenciar 2 vezes ao ano

Estágio II	Levemente diminuída	60-89	Se presente tratar os fatores de risco	Referenciar 1 vez ao ano	Referenciar 2 vezes ao ano
Estágio IIIA	Leve a moderadamente diminuída	45-59	Referenciar 1 vez ao ano	Referenciar 2 vezes ao ano	Referenciar 3 vezes ao ano
Estágio IIIB	Moderada a severamente diminuída	30-44	Referenciar 2 vezes ao ano	Referenciar 3 vezes ao ano	Referenciar 3 vezes ao ano
Estágio IV	Severamente diminuída	15-29	Referenciar 3 vezes ao ano	Referenciar 3 vezes ao ano	Referenciar 4 vezes ao ano
Estágio V	Falência Renal	<15	Referenciar 4 vezes ao ano	Referenciar 4 vezes ao ano	Referenciar 4 vezes ao ano

Fonte: Adaptado por Vassalotti et al, 2016.

De acordo com as Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica(2014), o cuidado clínico no controle dos fatores de progressão da DRC deve ser sempre intensificado, de acordo com a evolução da DRC:

Estágio I: pacientes com função renal normal, ainda assintomáticos, mas a detecção de microalbuminúria permite a identificação precoce da DRC, sendo o método mais sensível. Para tratamento dos fatores de risco, deve ser realizado o controle da glicemia, hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, doenças cardiovasculares, tabagismo e adequação do estilo de vida.

Estágio II: mesmo os pacientes permanecendo assintomáticos, já se encontram algumas alterações no ritmo de filtração glomerular (60 a 89 mL/min/1,73m²) e elevações leves no nível de creatinina sérica podem ser detectadas. Nessa fase também se faz importante o tratamento dos fatores de risco existentes.

Nos estágios III e IV os pacientes se tornam sintomáticos progressivamente com a evolução da doença, ocorrendo progressiva perda da função renal e aumento do nível de creatinina sérica. Nessa fase o comprometimento se torna sistêmico, atingindo todos os sistemas humanos, desde o renal, urinário, cardíaco até o osteomuscular.

Estágio III: subdividido em IIIA e IIIB.

IIIA - Deve-se avaliar e tratar as complicações. Os pacientes devem intensificar tratamento dos fatores de risco para desenvolver a DRC e doença cardiovascular. As primeiras complicações da doença começam a se desenvolver (anemia, osteodistrofia).

IIIB - Tratar complicações já existentes. É nesse momento que o paciente deve ser encaminhado para o especialista/nefrologista para um tratamento mais especializado e iniciar discussões sobre as opções para possíveis futuras necessidades de terapia de substituição renal (VASSALOTTI et al., 2016; KDIGO, 2013).

Por fim, nos estágios mais graves da doença, IV e V, os pacientes apresentam situações de emergência que levam muitas vezes esses indivíduos a uma piora abrupta da função renal, levando-os à diálise ou ao transplante e, quando não há sucesso na terapia renal substitutiva (TRS), o paciente vai ao óbito.

Estágio IV: os primeiros sintomas começam a aparecer e as análises laboratoriais evidenciam várias alterações: níveis elevados de fósforo e hormônio paratireoide (PTH), anemia estabelecida, pH sanguíneo baixo, elevação do potássio, emagrecimento e sinais de desnutrição, piora da hiperten-

são, enfraquecimento ósseo, aumento do risco de doenças cardíacas, diminuição da libido, redução do apetite, cansaço etc.

Estágio V: O rim já não desempenha funções básicas. Os pacientes começam a sentir alguns sintomas da doença renal, entre estes a uremia. O início da TRS está indicado e o acompanhamento desses indivíduos em procedimento dialítico é realizado nas unidades de atenção especializadas em doença renal crônica. Um importante fator para retardar o aparecimento e/ou complicações provocadas por essa doença é a implementação de medidas reno-protetoras (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011).

Deve-se indicar terapia renal substitutiva (TRS) para pacientes com TFG inferior a $10\text{mL}/\text{min}/1,73\text{m}^2$. Em pacientes diabéticos e com idade inferior a 18 anos, pode-se indicar o início da TRS quando a TFG for menor do que $15\text{mL}/\text{min}/1,73\text{m}^2$. Em todas essas situações, deve-se respeitar a condição clínica e alteração laboratorial do paciente. A escolha do método de TRS deve levar em consideração a escolha do paciente, bem como a condição clínica, de acordo com avaliação da equipe multiprofissional, sendo as modalidades disponíveis: a hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante renal (BRASIL, 2014a).

A importância clínica da instituição da classificação em estágios de DRC consiste na uniformização da linguagem entre os profissionais que lidam com a doença na prática clínica (BRASIL, 2014a). Segundo Bastos & Kirsztajn (2011), o tratamento ideal da DRC é baseado em três pilares de apoio:

1. Diagnóstico precoce: alterações funcionais, principalmente através da TFG, são importantes componentes no diagnóstico e classificação da DRC.
2. Encaminhamento imediato para tratamento nefrológico: possibilita a educação pré-diálise.
3. Implementação de medidas para preservar a função renal: retardam ou interrompem a progressão para os estágios mais avançados da doença, assim como diminuem morbidade e mortalidade iniciais.

De acordo com as Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica (2014), a prevenção é feita inicialmente através do conhecimento do seu grau de função renal, da detecção e controle da hipertensão arterial e Diabetes, a manutenção do peso ideal através de uma dieta saudável e a prática de exercícios físicos, uma adequada ingestão de água (30mL/kg), o cuidado com o uso abusivo de medicamentos por conta própria, sobretudo os anti-inflamatórios, abandono do tabagismo, cujo controle e tratamento devem estar de acordo com as normatizações e orientações do Ministério da Saúde.

Fatores de risco

As causas mais importantes para a DRC são resultantes das doenças cardiovasculares, tais como a hipertensão arterial sistêmica (HAS), o diabetes mellitus (DM), a história familiar de DRC e o envelhecimento, deste modo, torna-se importante a sua prevenção e tratamento precoce (BRASIL, 2012).

Conhecer essas duas condições, suas manifestações clínicas e suas comorbidades são de fundamental importância para o planejamento de intervenções. Primeiramente, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) que é definida como o aumento dos níveis pressóricos arteriais acima da média considerada normal. Esta alteração decorre do aumento na contratilidade da camada muscular lisa que forma a parede da artéria. Em termos gerais, pode-se definir a hipertensão como as medidas acima de 140mmHg para pressão sistólica e acima de 90mmHg para a pressão diastólica. Podendo ser primária ou secundária a outras causas, como consequência de um estreitamento de parte da artéria, tumores nas glândulas suprarrenais e compressão do parênquima renal (SBH, 2016).

Os dados epidemiológicos da HAS demonstram que ela acomete mais homens que mulheres. Quanto à etnia, a raça mais prevalente é a negra (CHOR et al., 2015). Há uma associação direta e linear entre o envelhecimento e a prevalência da HAS. Segundo a Diretriz Brasileira de HAS (SBH, 2014) essa doença acomete um em cada três adultos, estimando-se que 30% da população brasileira apresente esse quadro, chegando a mais de 50% na população com mais de 60 anos. Além disso, a HAS é responsável por 40% dos infartos, 80% dos derrames e 25% dos casos de insuficiência renal terminal.

Além de estar intimamente relacionada à função renal, aparecendo tanto como causa, quanto como consequência da doença, a prevalência da hipertensão, determinada por ocasião da detecção da doença renal, aumenta progressivamente à medida que a função renal vai se deteriorando, de

tal forma que, na fase terminal ou dialítica do agravo renal, a quase totalidade dos nefropatas é hipertensa (KAPLAN, 2002; BORTOLOTTI, 2008).

A HAS causa dano renal por dois processos fisiopatológicos: isquemia e barotrauma. Graças ao mecanismo de autorregulação dos capilares glomerulares, os glomérulos conseguem se proteger do barotrauma e consequente proteinúria. Contudo, com a evolução da doença hipertensiva, começa a ocorrer nefrosclerose devido à isquemia, com consequente perda de néfrons. Com o avançar das perdas, faz-se necessária a vasodilatação das arteríolas aferentes a fim de manter a TFG, o que aumenta a transmissão da pressão arterial para os capilares glomerulares, podendo gerar barotrauma glomerular e consequente proteinúria e glomeruloesclerose (BIDANI; GRIFFIN; EPSTEIN, 2012).

Enquanto que a Diabetes Mellitus (DM), envolve um grupo de doenças metabólicas que se caracterizam pela hiperglicemia, que pode ser oriunda de anormalidades na secreção de insulina, na sua ação ou em ambas. A doença está associada a complicações em vários órgãos do organismo, como coração e rins (ADA, 2008).

Segundo o Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica (NICE) recomenda, atualmente, que todas as pessoas com diabetes na Inglaterra e no País de Gales estejam com seus exames renais, incluindo os testes para albuminúria, em dia com o intuito de minimizar custos para a atenção primária (NICE, 2008; NEW et al., 2007).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes, em 2013, o número de brasileiros acometidos pela doença

chegava a, aproximadamente, 12 milhões, sendo a grande porcentagem ligada ao sedentarismo e à dieta inadequada. Sabe-se que os fatores de risco correspondentes a menor porcentagem são os genéticos (SARTORELLI, FRANCO, 2003; IDF, 2014).

Os dois tipos de diabetes são o DM tipo I e DM tipo II. No primeiro, as células beta do pâncreas são danificadas, geralmente, por um processo autoimune. No segundo, ocorre alteração na ação ou secreção da insulina, sendo responsável por cerca de 90% dos casos (GROSS et al., 2002).

O diagnóstico do diabetes pode ser detectado por meio de exames mais minuciosos, além da taxa de glicemia e da HA1C (hemoglobina glicada). Nesse conjunto, encontram-se marcadores de autoimunidade e a avaliação da reserva pancreática de insulina através da medida do peptídeo C e da fase rápida de secreção de insulina. Essas opções servem de base para a explicação da origem da doença, assim como detectar o tipo de diabetes (GROSS, 2002). Na doença em questão, a glicemia em jejum é ≥ 126 mg/dl; a HA1C, $\geq 6,5\%$ e a glicemia pós-prandial, ≥ 200 mg/dl (MAGALHÃES, 2012).

A doença renal associada ao diabetes ocorre no contexto de hipertensão arterial como condição subjacente, como afirmam McGovern et al. (2013) ao dizer em seu estudo que quase todas as pessoas que tinham DM e DRC possuíam HAS, comparados com indivíduos que apresentavam apenas hipertensão sem a doença renal crônica. Os mesmos autores afirmam também que a prevalência da DRC em níveis mais avançados é crescente em indivíduos com hipertensão e diabetes.

Essa síndrome leva a uma série de alterações nas estruturas renais, nefropatia diabética, e que colaboram no processo da DRC. A hipertrofia glomerular, o espessamento da membrana basal glomerular e expansão mesangial acelular culminam na glomerulosclerose, que marca o processo de lesão renal permanente. Sendo um dos fatores de maior relevância nesse processo, a glicosilação das proteínas, resultante de um processo de hiperglicemia crônica, pode fazê-las se acumularem nos tecidos devido à capacidade de ligação com colágeno, levando a lesões teciduais (BAKRIS, 2013).

Frente a esses importantes fatores de risco para injúria renal, é preciso utilizar marcadores que a detectem precocemente. A elevação dos níveis séricos de creatinina e a presença de proteinúria no exame de urina tipo I são os melhores preditores para a doença renal, sendo este último o indicador mais sensível, mas que pode falhar na detecção de estados precoces de DRC (CROOK et al., 2002).

A excreção de albumina na urina apresenta-se como importante marcador precoce de lesão renal, especialmente na presença de DM, HAS e doença glomerular. Não é necessário sua aferição em uma amostra de urina coletada em 24 horas para quantificar de forma precisa o nível de excreção, podendo ser usado em nível de “screening” as amostras de urina de preferência matinal, sendo realizado a análise com o *disptick* específico para albumina ou a relação albumina/creatinina na amostra (K/DOQI, 2002).

A importância da excreção da albumina está, principalmente, nos pacientes com fatores de risco, em especial a DM, sendo recomendada a pesquisa deste marcador mesmo

quando não houver detecção de proteinúria pelo exame de urina tipo I, sendo, então, uma ferramenta importante para a detecção precoce da DRC e seu tratamento (LEVEY et al., 2003).

Diante de duas doenças de alta prevalência na população brasileira, como a DM e HAS, que trazem implicações severas de forma insidiosa, em particular em nível renal, torna-se importante o cuidado e a avaliação precoce desses fatores de risco nesse grupo de pacientes, especialmente ao nível da atenção primária no SUS, a qual seria responsável por identificar precocemente a injúria renal e iniciar os seus cuidados, a fim de evitar o crescimento cada vez maior do número de pacientes portadores de DRC.

No início da década passada, estimava-se que haveria cerca de dois milhões de pessoas em TRS em todo o mundo em 2010, sendo que esse número tem aumentado de forma expressiva nos países em desenvolvimento. Aproximadamente 90% dos casos diagnosticados de DRCT ao redor do mundo são provenientes dos países em desenvolvimento. A taxa de prevalência de pacientes em TRS é de 1.000 pacientes por milhão de pessoas (pmp) em países da Europa, no Chile e Uruguai, e de 1.750 pacientes pmp nos EUA (XUE, 2001; SARAN et al., 2014).

De acordo com dados do Censo Brasileiro de Diálise referente a julho de 2013, a situação dos centros de diálise e dos pacientes em tratamento dialítico de manutenção no Brasil, está cadastrada na Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) 703 unidades de diálise no país, sendo 658 unidades ativas com programa crônico, porém destas apenas 334 (50,8%)

responderam ao formulário, no total de 50.961 pacientes. Foi estimado um total de 100.397 pacientes em tratamento dialítico por ano. A maior porcentagem (84%) em diálise realizava o tratamento através do Sistema Único de Saúde. A taxa de prevalência de tratamento dialítico foi de 499 pacientes por milhão da população. 90,8% dos pacientes em diálise crônica faziam tratamento por hemodiálise e 9,2% por diálise peritoneal, sendo que, desta, a diálise peritoneal automatizada (DPA) era a modalidade predominante. O maior percentual de pacientes em diálise (62,6%) tem idade entre 19 a 64 anos e 58% dos pacientes eram do sexo masculino.

O acometimento renal pelo diabetes responde por 40% dos casos incidentes de diálise nos Estados Unidos e no Brasil compete com a hipertensão, acometendo 30% dos pacientes que iniciam tratamento dialítico. Estes pacientes sofrem um risco adicional de morte de 20% no primeiro ano de diálise, principalmente por causas cardiovasculares. Em outras palavras, cerca de 30% dos pacientes com diabetes desenvolvem nefropatia diabética, especialmente em associação com hipertensão. A DRC é um importante determinante de desfechos adversos em pacientes hipertensos e diabéticos, sendo, atualmente, considerada um dos mais significativos fatores não tradicionais de risco cardiovascular.

O conhecimento do impacto dos fatores de risco na doença renal crônica dá subsídio para ações de prevenção da doença e promoção da saúde daqueles que já convivem com ela, evitando o seu agravamento. A partir de então, torna-se possível implementar medidas preventivas com a finalidade de diminuição de casos de DRC em todo país.

O objetivo deste capítulo é estimar a prevalência de DRC nas pessoas com hipertensão e/ou diabetes em uma unidade de atenção primária de saúde (UAPS) em uma capital do Nordeste brasileiro.

Metodologia

Tratou-se de um estudo do tipo transversal analítico com abordagem quantitativa. O presente estudo é um recorte de uma pesquisa maior intitulada “Acometimento Renal em pacientes diabéticos e/ou hipertensos no âmbito da Atenção Primária de Saúde”. O cenário do estudo foi uma Unidade de Atenção Primária de Saúde (UAPS) pertencente ao município de Fortaleza, Ceará, Brasil. A população do estudo foi os pacientes hipertensos e/ou diabéticos que estavam em atendimento na unidade durante a coleta de dados. A amostra foi por conveniência e cálculo amostral para população infinita, pois não foi identificado claramente pela gestão da unidade o total de pacientes hipertensos e/ou diabéticos cadastrados. A partir do cálculo o tamanho da amostra totalizou 196 hipertensos e/ou diabéticos. Acrescentou-se a esse número 7% para eventuais incompletudes ou perdas de dados, totalizando 210.

A coleta de dados foi realizada a partir de fontes primárias através de um questionário semiestruturado contendo informações sociodemográficas e clínicas e, posteriormente, foram utilizadas, também, fontes secundárias por meio dos prontuários eletrônicos dos pacientes com objetivo de verificar resultados laboratoriais importantes para o diagnóstico de DRC, tais como creatinina sérica, para o cálculo da taxa de filtração glomerular (TFG) a partir da fórmula

CKD-EPI, o exame de excreção urinária de albumina para avaliar presença de microalbuminúria/proteinúria como o objetivo de diagnosticar e estratificar a DRC, assim como o sumário de urina para identificar e estratificar algum grau de insuficiência renal.

A análise de dados foi realizada pelo pacote estatístico SPSS versão 20.0. Foram calculadas as medidas estatísticas descritivas a partir de médias e desvio-padrão das variáveis quantitativas, assim como suas frequências absolutas e percentuais. Após, foi utilizada a estatística analítica bivariada no entrecruzamento das diversas variáveis, com utilização dos testes estatísticos conforme tipo de variável. O estudo seguiu todos os preceitos ético-legais, sendo aprovado por um Comitê de Ética da Pesquisa sob protocolo de n.º 119997/2015.

Resultados

A maioria dos participantes era do sexo feminino, com média de idade de $60,03 \pm 10$ anos, (entre 26 e 85 anos). Questionados a respeito da renda pessoal, a maioria respondeu que recebia mais que um salário mínimo (81,9%), ao passo que, aproximadamente metade (49,0%) afirma ter frequentado apenas o ensino fundamental incompleto, quando indagados a respeito da escolaridade.

A etiologia mais prevalente nos pacientes do estudo foi a HAS - 199 (94%), seguida do DM - 107 (52,4%), com 94 (44,9%) dos entrevistados referindo ser portador das duas condições.

Em relação às variáveis laboratoriais, percebe-se, sobretudo, marcadores a serem considerados no planejamento de políticas públicas. Questionados a respeito da realização de exames, os pacientes afirmaram que era prática comum na unidade, mas quando arguidos sobre exames como creatinina sérica, sumário de urina, excreção urinária de albumina e HbA1, as respostas não foram satisfatórias. A tabela 1 resume a análise univariada das características sociodemográficas, clínicas e laboratoriais desses pacientes.

Tabela 1 – Análise univariada das características sociodemográficas, clínicas e laboratoriais dos pacientes diabéticos e/ou hipertensos atendidos na UAPS Dom Aloísio Lorscheider, Fortaleza (CE), Brasil, 2016.

Características	f[*]	f(%)**	Dp***
Sexo			
Feminino	154	73,3%	
Masculino	56	26,7%	
Idade			
< 60 anos	94	44,8%	± 10 anos
≥ 60 anos	116	55,2%	
Escolaridade			
Ensino Fundamental Incompleto	103	49%	
Ensino Fundamental Completo	50	23,8%	
Ensino Médio Incompleto	11	5,2%	
Ensino Médio Completo	41	5,2%	
Ensino Superior Incompleto	4	1,9%	
Ensino Superior Completo	1	0,5%	
Renda			
< 1 Salário Mínimo	38	18,1%	
≥ 1 Salário Mínimo	172	81,9%	
Pressão Arterial			
Ótima	37	7,6%	
Normal	48	22,9%	

Características	f*	f(%)**	Dp***
HAS I	69	32,9%	
HAS II	32	15,2%	
HASIII	24	11,4%	
Glicemia			
Normal	74	35,2%	
Pré-DM	53	24,2%	
DM	83	39,5%	
IMC			
Baixo peso (< 18,5)	1	0,5%	
Normal (18,5 - 24,99)	51	24,3%	
Sobrepeso (25-29,99)	85	40,5%	
Obesidade (≥30)	73	34,8%	
ICQ			
Baixo	11	5,2%	
Moderado	36	17,1%	
Alto	57	27,1%	
Muito Alto	106	50,5%	
BRA***			
Sim	121	57,6%	
Não	88	41,9%	
Não sabe informar	1	0,5%	
IECA****			
Sim	91	43,3%	
Não	118	56,2%	
Não sabe informar	1	0,5%	
Anti-hipertensivos			
Sim	164	78,1%	
Não	45	21,4%	
Não sabe informar	1	0,5%	
Hipoglicemiantes			
Sim	97	46,2%	
Não	112	53,3%	
Não sabe informar	1	0,5%	
Excreção Urinária de Albumina			

Características	f*	f(%)**	Dp***
Sim	38	18,1%	
Não	172	81,9%	
HbA1*****			
Sim	102	48,6%	
Não	108	51,4%	
Creatinina sérica			
Sim	173	82,3%	
Não	9	4,3%	
Não sabe informar	26	12,4%	
Sumário de urina			
Sim	188	89,5%	
-+Não	8	3,8%	
Não sabe informar	14	6,7%	
Total	210	100%	

f*: Frequência absoluta; f(%)**: Frequência percentual; Dp***: Desvio Padrão; BRA***: Bloqueadores de Receptores da Angiotensina; IECA****: Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina; HbA1*****: Hemoglobina Glicada.

Quanto ao estadiamento da doença, observou-se a predominância dos indivíduos em estágio I (46,2%). Segundo os achados, 15 (8,58%) dos pacientes apresentavam o *clearance* de creatinina < 60mL/min, sendo considerados doentes renais crônicos e, desses 15 pacientes, 6 (3,43%) estavam em estágio IIIB da doença, onde a referência ao nefrologista é indicada. Entretanto, quando questionados sobre encaminhamento ao especialista, nenhum paciente referiu ter sido encaminhado.

Discussão

No presente estudo, foram mensuradas características clínicas por meio de dados primários e secundários com o objetivo de estimar a prevalência de DRC nos indivíduos

que participaram do estudo. Tratou-se de um primeiro passo na busca de entender o porquê de ainda haver muitos pacientes renais crônicos subnotificados, sendo “percebidos” apenas quando já estão nos estágios mais avançados (quatro e cinco) da doença. Sendo assim, muitos necessitam de TRS, alguns atendidos de urgência pelo nível terciário, ou, quando não, vão a óbito sem sequer receber tratamento adequado no tempo hábil.

O aumento das taxas de prevalência e incidência da DRC na população é resultante tanto do envelhecimento populacional como do aumento da prevalência de doenças como diabetes, hipertensão arterial e outras doenças cardiovasculares (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011). Os resultados encontrados neste estudo confirmam esse fato, evidenciando presença de DRC em idosos e que supõe serem secundárias a HAS e/ou DM, visto que não foi realizada uma validação de causas para confirmação (FERNANDES et al., 2000), tal como em outros identificados na literatura (BOINI et al., 2011; GOEIJ et al., 2011; KDIGO, 2013; PEREIRA et al., 2016; SBN, 2011b; SUTTORP et al., 2013).

Quando traçado o perfil da população do estudo, observou-se que a predominância (62,8%) dos participantes só frequentou até o ensino fundamental e 84,8% dos entrevistados possuía uma renda *per capita* de até três salários mínimos, permitindo inferir sobre um perfil sociodemográfico para os renais crônicos mais presentes nas camadas sociais desfavorecidas, visto que outros estudos nacionais e internacionais apresentam resultados semelhantes (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011; FRASER et al., 2015).

Quando avaliados dados antropométricos e o estilo de vida dos participantes do estudo, foi percebido que os resultados se assemelharam com outros estudos tanto internacionais como nacionais (FRASER et al., 2015; SCHERPBIER-DE HAAN et al., 2013; FRANÇA et al., 2010). No presente estudo foi observado que os pacientes apresentavam o índice de massa corporal acima dos níveis normais – prevalência de 75% da amostra estava com sobrepeso ou obesidade.

Entretanto, no que diz respeito aos hábitos de fumar (7,6%) e ingerir bebidas alcoólicas (14,8%) os pacientes apresentaram porcentagens consideravelmente inferiores quando comparados com participantes de outros estudos (FRASER et al., 2015; SCHERPBIER-DE HAAN et al., 2013; FRANÇA et al., 2010). Esse fato pode ser atribuído a dois motivos: um houve subnotificação de informações verdadeiras por parte dos participantes ou porque a promoção de saúde e a prevenção de doenças relacionadas ao tabagismo e etilismo estão sendo tanto bem desenvolvidas pelos profissionais da saúde como bem incorporadas pelos usuários.

No entanto, na medida da ICQ constatou-se um percentual de 50,5% de risco muito alto para doenças cardiovasculares, dado esse que se assemelha aos de França et al. (2010), que ao avaliarem a filtração glomerular em pacientes hipertensos atendidos na atenção básica perceberam que o ICQ estava alterado (muito alto) em 75,8% da amostra.

Durante a coleta de dados, foi percebido o desconhecimento sobre a doença pelos pacientes. Quando questionados a respeito da doença renal, associavam-na apenas à litíase renal. Dado semelhante foi relatado pelo Ministério da Saú-

de (2014), que estimou que 70% dos doentes renais crônicos em estágio pré-dialítico desconhecem possuir a doença.

Sabe-se que o ótimo manejo dos doentes renais crônicos está embasado nos pilares do diagnóstico precoce, encaminhamento ao nefrologista e a implementação de medidas renoprotetoras (BASTOS; KIRSZTJAN, 2011; BRASIL, 2014). Essas medidas constituem a essência do tratamento pré-dialítico, destacando-se a adesão medicamentosa e o acompanhamento dos parâmetros laboratoriais (BAGATTINI, 2011; BASTOS; KIRSZTJAN, 2011; MEDEIROS, SÁ, 2011; PEREIRA et al., 2016).

No tocante às medidas reno-protetoras, os achados do estudo mostraram que 97,1% dos pacientes responderam afirmativamente quanto ao uso contínuo dos medicamentos orientados pelo médico. A respeito das classes de drogas, a porcentagem foi quase homogênea – 43,3% (IECA), 57,6% (BRA) –, que são as classes de drogas que os estudiosos mais recomendam (KDIGO, 2013; VASSALOTTI et al., 2016; SBN, 2011; BASTOS; KIRSZTJAN, 2011). Todavia, mais da metade (78,1%) dos pacientes disse fazer uso de outras drogas anti-hipertensivas, o que permitiu inferir que os pacientes apresentavam HAS severa ou não controlada, já que muitos deles usavam três classes de medicação anti-hipertensiva.

Algumas dificuldades foram encontradas no tocante ao diagnóstico da DRC. Visto que é sabido que, para tal, faz-se necessário ter em mãos dados, como a TFG por meio do *clearance* de creatinina. Essa informação estava incompleta em 37 dos pacientes do referente estudo, permitindo inferir que há subnotificação de diagnóstico e estadiamento. Difi-

culdades semelhantes também foram encontradas em outro estudo (OLIVEIRA JUNIOR; FORMIGA; ALEXANDRE, 2014; PENA et al., 2012).

Outro dado preocupante em relação à avaliação do perfil laboratorial foi a respeito do exame de excreção urinária de albumina, exame esse primordial para verificar a presença/ausência de albuminúria, importante marcador de lesão renal (VASSALOTTI et al., 2016; KDIGO, 2012; BASTOS; KIRSZTAJN, 2011). E nos participantes do estudo, quase que a totalidade (81,9%) não teve esse exame solicitado pelo profissional médico.

O mais preocupante desses fatos é que são aspectos comuns da realidade brasileira, principalmente ao nível primário de atenção (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010; BASTOS; KIRSZTAJN, 2011; TRAVAGIM, 2012; PINHO, SILVA, PIERIN, 2015). Apesar de alguns desses estudos terem como cenário o nível terciário de atenção à saúde, os autores afirmam que parte desses pacientes encontrava-se nesse nível de atenção devido à falha no diagnóstico da doença, que não foi precoce.

Segundo a definição e estadiamento de DRC (KDO-QI, 2002; KDIGO, 2013; NKF, 2003) foi encontrado, no presente estudo, uma prevalência igual a 8,57%, sendo 5,14% e 3,43% no estágio IIIA e IIIB, respectivamente. Esses achados assemelham-se com os resultados de uma meta-análise recente (HILL et al., 2016) que objetivou estimar a prevalência global em todos os estágios da DRC.

Quanto à referência ao nefrologista, nenhum dos participantes do presente estudo foi encaminhado ao especia-

lista, mesmo sendo necessário em 3,43% dos doentes renais crônicos (KDIGO, 2013; VASSALOTTI et al., 2016). Esse dado reforça a hipótese de que há uma lacuna de conhecimento quanto ao manejo do doente renal crônico pelos profissionais de saúde, principalmente os do nível primário de saúde. Ademais é importante determinar a diferença potencial entre as recomendações de diretrizes e atual prática de cuidados com doente renal crônico.

Conclusão

Os pacientes diabéticos e/ou hipertensos apresentaram doença renal crônica nos estágios I, II, IIIA e IIIB. Houve subnotificação da doença e/ou estadiamento devido à falta de informações cruciais para o diagnóstico.

Nos pacientes que tiveram função renal avaliada encontrou-se que a maioria ainda estava nos estágios iniciais de DRC. Vale salientar que é nesse momento que ações preventivas e de promoção à saúde devem ser intensificadas com o objetivo de redução de danos, buscando prevenir e protelar a progressão da doença para o estágio dialítico, período em que a terapêutica deve ser mais robusta e onerosa tanto para os pacientes como para o governo, pois o perfil dos doentes renais é caracterizado por pessoas que usam, predominantemente, o sistema público de saúde.

REFERÊNCIAS

ADA, American Diabetes Association. **Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus**. Diabetes Care, vol. 31, supl. 1, p. 55-60,

jan. 2008. Disponível em: <http://care.diabetesjournals.org/content/31/Supplement_1/S55.short#>. Acesso em: 04 de mai. 2014.

BAGATTINI, A. M. **O significado do tratamento conservador para o paciente idoso com doença renal crônica**. 48f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

BAKRIS, G.L. **Overview of diabetic nephropathy**. 2013. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/overview-of-diabetic-nephropathy>>. Uptodate. Acesso em: 05 de mai 2014.

BASTOS, M. G.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. **Jornal Brasileiro Nefrologia**.33(1):93-108, 2011.

BASTOS, M. G.; KIRSZTAJN, G. M.; BASTOS, M. G.; BREGMAN, R.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. **Revista da Associação Médica Brasileira**. 56(2): 248-53. 2010.

BIDANI, A. K.; GRIFFIN, K. A.; EPSTEIN, M. Hypertension and Chronic Kidney Disease Progression: Why the Suboptimal Outcomes? **The American Journal of Medicine**. v. 125. n. 11. 2012.

_____. Hypertension and Chronic Kidney Disease Progression: Why the Suboptimal Outcomes? **The American Journal of Medicine**, v. 125, n. 11, p. 1057-1062, 2012.

BOINI, S. et al. Predialysis therapeutic care and health - related quality of life at dialysis onset (the pharmacoepidemiologic AVE-NIR study). **Health and Quality of Life Outcomes**. v. 9, n. 7, p. 2-7, 2011.

BORTOLOTTTO, L.A.; PRAXEDES, J.N. Hipertensão secundária. In: NOBRE, F.; SERRANO JR., C, de. **Tratado de cardiologia da Socesp**. Barueri: Manole. p. 486-505. 2005.

BRASIL. **Sociedade Brasileira de Nefrologia. Censo de dialise 2012.** Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/pdf/publico2012.pdf>>. Acesso em: 25 de jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde. 2014a.

CHOR, D. et al. Prevalence, awareness, treatment and influence of socioeconomic variables on control of high blood pressure: results of the ELSA-Brasil Study. **PLOS One**, Califórnia, v. 10, n. 6, p. 127-382, 2015.

CROOK, E. D.; WASHINGTON, D. O.; FLACK, J. M. Screening and Prevention of Chronic Kidney Disease. **Journal of the National Medical Association**. v. 94, n. 8 (suppl). ,2002. Disponível em: <<http://diamundialdorim.com.br/o-que-e.php>>. Acesso em: 15 de jul. 2015.

ECKARDT, K. U. et al. Evolving importance of kidney disease: from subspecialty to global health burden. **The Lancet**. v. 382, n. 9887, p. 158-169, 2013.

FERNANDES, P.F.C.B.C. et al. Causes of end-stage renal failure in black patients starting renal replacement therapy. **American Journal of Kidney Diseases**, v. 36, n. 2, p. 301-309, 2000.

FRANÇAS, A.K.T.C. et al. Filtração Glomerular e Fatores Associados em Hipertensos Atendidos na Atenção Básica. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**. v. 94, n. 6, p. 779-787, 2010.

FRASER, S. D. S. et al. The burden of comorbidity in people with chronic kidney disease stage 3: a cohort study. **BMC Nephrology**. v. 16, p. 193, 2015.

GOEIJ, M. et al. Association of blood pressure with decline in renal function and time until the start of renal replacement therapy in pre-dialysis patients: a cohort study. **BMC Nephrology**, v. 12, n. 38, p. 2-10, 2011.

GROSS, J. L.; SILVEIRO, S. P.; CAMARGO, J. L.; REICHEL, A. J.; AZEVEDO, M. J. **Diabetes Melito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico.** Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabólica, v. 46, n. 1, p. 16-26, fev. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v46n1/a04v46n1.pdf>>. Acesso em: 04 de mai 2015.

HAAN, N.D.S. et al. Effect of shared care on blood pressure in patients with chronic kidney disease: a cluster randomised controlled trial. **British Journal of General Practice.** v. 63, n. 617, p. 798-806, 2013.

HILL, N. R. et al. Global Prevalence of Chronic Kidney Disease – A Systematic Review and Meta-Analysis. **PLOS One.** Califórnia, n. 6, p. 2-18, 2016.

IDF, International Diabetes Federation. **Risk Factors.** 2014. Disponível em: <<http://www.idf.org/about-diabetes/risk-factors>>. Acessado em: 05 de mai. 2015.

K/DOQI. Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. **American Journal Kidney Disease.** 39(Suppl 2):S1-S246. 2002.

KAPLAN, N. M. **Clinical hypertension.** 8th ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 2002.

KDIGO - Kidney Disease: improving global outcome. CKD work Group. KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. **Kidney International Supplements,** n. 3, p. 1-150, 2013. .

LEVEY, A. S.; CORESH, J.; BALK, E.; KAUSZ, A. T.; LEVIN, A.; STEFFES, M. W.; HOGG, R. J.; PERRONE, R. D.; LAU, J.; EKNOYAN, G. National Kidney Foundation Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, and Stratification-NKF. Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification. **Annals Internal Medicine.** 139:137-147. 2003.

MAGALHÃES, G. L.; MUNDIM, A. V.; OLIVEIRA, C. M.; MOURÃO-JUNIOR, C. A. Atualização dos critérios diagnósticos para Diabetes Mellitus utilizando a A1C. **HU Revista**.V. 37, n. 3, p. 361-367. Juíz de Fora. Jul./set. 2012. Disponível em: <<http://hurevista.uff.emnuvens.com.br/hurevista/article/viewfile/1651/576>>. Acesso em: 04 de mai. 2015.

MCGOVERN, et al. Association of chronic kidney disease (CKD) and failure to monitor renal function with adverse outcomes in people with diabetes: a primary care cohort study. **Bio Med Central Nephrology**. 14:198. Nephrology 2013, 14:198. doi: 10.1186/1471-2369-14-198. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2369/14/198>>. Acesso em: 03 de mai. 2015.

MEDEIROS, M. C. W. C.; SÁ, M. P. C. Adesão dos portadores de doença renal crônica ao tratamento conservador. **Revista Rene**. v. 1, n. 12, p. 65-72, 2011.

NEW, J. P. et al. Assessing the prevalence, monitoring and management of chronic kidney disease in patients with diabetes compared with those without diabetes in general practice. **Diabet Med**. 24:364–369, 2007.

NICE, National Institute for Health and Clinical Excellence. **Early identification and management of chronic kidney disease in adults in primary and secondary care**. London. 2008.

OLIVEIRA JUNIOR, H. M.; FORMIGA, F. F. C.; ALEXANDRE, C. S. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes em programa crônico de hemodiálise em João Pessoa – PB. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. São Paulo, v. 36, n. 3, p. 367-374, 2014.

PENA, P. F. A. et al. Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica no nível primário: pensando a integralidade e o matriciamento. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, P. 3135-3144, 2012.

PEREIRA, E. R. S. et al. Prevalência de doença renal crônica em adultos atendidos na Estratégia de Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. São Paulo, v. 38, n. 1, p. 22-30, 2016.

PINHO, N. A.; SILVA, G. V.; PIERIN, A. M. G. Prevalência e fatores associados à doença renal crônica em pacientes internados em um hospital universitário na cidade de São Paulo, SP, Brasil. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. São Paulo, v. 37, n. 1, p. 91-97, 2015.

SARAN, R.; LI, Y. et al. US Renal Data System. Annual data report: epidemiology of kidney disease in the United States. **Am Journal Kidney Disease**. 2015;66(1). (suppl 1):S1-S306. Disponível em: <http://www.usrds.org/2014/view/v1_01.aspx>. Acesso em: 27 de jul. 2015.

SARTORELLI, D. S.; FRANCO, L. J. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 19, supl. 1, p. 29-36, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19s1/a04v19s1.pdf>>. Acesso em: 04 de mai. 2015.

SBN - SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Doença renal crônica (pré-terapia renal substitutiva): diagnóstico. São Paulo: SBN.p. 22, 2011b.

SESSO, R. C. C. et al. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica de 2014. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 54-61, 2016.

SESSO, R. C. C. et al. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica de 2014. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. São Paulo, v. 38, n. 1, p. 54-61, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO – SBH. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia**. V. 107, n. 3, p. 10-13, 2016.

SUTTROP, M. M. et al. Effect of Erythropoiesis-Stimulating Agents on Blood Pressure in Pre-Dialysis Patients. **PLOS One**, v. 8, n. 12, p. 20-27, 2013.

TRAVAGIM, D. S. A. **Prevenção da doença renal crônica intervenção na prática assistencial em uma Equipe de Saúde da Família.** 2012. 118 p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-05112012-162300/pt-br.php>>. Acesso em: 17 de jun. 2016.

VASSALOTTI, J. A. et al. Practical Approach to detection and management of Chronic Kidney Disease for primary care clinician. **The American Journal of Medicine.** v. 129, n. 2, p. 153-162, 2016.

XUE, J. L.; MA, J. Z.; LUIS, T. A.; COLLINS, A. J. Forecast of the number of patients with end-stage renal disease in the US to year 2010. **Journal of the American Society of Nephrology.** Dec;12 (12):2753-8, 2001.

PROIBIDA A REPRODUÇÃO
REVISÃO DO AUTOR

HEMOGRAMA DE PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NA PERSPECTIVA DA PREVENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE PÚBLICA

João Paulo Camelo Menezes

Pedro Braga Neto

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) apresenta, atualmente, elevados índices de morbimortalidade em todo o mundo, sendo um tipo de acometimento muito comum. Como um grave problema de Saúde Pública dentro do contexto das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT's), é responsável por gerar incapacidades as quais afetam a qualidade de vida do indivíduo (GAGLIARDI, 2015).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) relata uma incidência aproximada de 15 milhões de pessoas por ano, perfazendo um total de 5 milhões de óbitos anuais em sua decorrência. Ainda segundo a OMS, representa a terceira maior causa de mortalidade no mundo, depois das doenças cardiovasculares e do câncer (OMS, 2016). Conforme dados do DATASUS (2015), no Brasil o AVC apresenta-se como a principal causa de mortalidade e incapacidades permanentes.

No lidar com pacientes com AVC, faz-se necessário analisar os exames clínico, laboratorial e de imagem, tais como a tomografia computadorizada de crânio, a ressonância magnética de encéfalo e o doppler transcraniano. Além disso, também representam exames de imagem importantes a angiogramia, a angioressonância, o ecocardiograma trans-torácico e o ecocardiograma transesofágico. A análise desses exames fornecem um subsídio para a tomada de decisão dos profissionais de saúde ante a determinação do diagnóstico, prognóstico e tratamento (ZUKERMAN et. al., 2009).

O objetivo dos exames laboratoriais é acrescentar aos dados diagnósticos informações sobre fatores de risco para correção e consequente prevenção de desequilíbrio metabólico, bioquímico e da coagulação. Os exames recomendados são: colesterol total e frações, triglicérides, homocisteína, coagulograma, hemograma, sódio, potássio, creatinina, glicemia, ureia, proteína C reativa (PCR) e marcadores cardíacos.

Dentre os exames laboratoriais solicitados para o paciente com AVC, o hemograma tem destacada importância ao permitir, por exemplo, a investigação de alterações dos níveis séricos de plaquetas, conduzindo à decisão em se realizar ou não a trombólise com o fibrinolítico. Além disso, traz informações imprescindíveis acerca do colesterol, eletrólitos e níveis glicêmicos (BRASIL, 2015).

No entanto, os gastos implicados no tratamento do AVC são demasiadamente elevados. Nos EUA, estima-se um gasto em torno de, aproximadamente, US\$30 bilhões ao ano (FIGUEIREDO et. al., 2010), o que corrobora a insurgente demanda pela prevenção primária do agravo. En-

tende-se por prevenção primária a ação de evitar a doença quando esta ainda não está instaurada em definitivo (ZUKERMAN et. al., 2009).

Acrescente-se, ainda, a intensa labilidade emocional a que esses pacientes encontram-se submetidos, os prejuízos para sua vida social e familiar, os distúrbios cognitivos e as incapacidades funcionais muitas vezes irreversíveis. Ressalte-se, também, o ônus governamental e institucional despendidos no tratamento dos pacientes acometidos (MANIVA et. al., 2013).

Pelo exposto, percebe-se a necessidade de reabilitação da independência funcional desses pacientes, a qual deve ser conduzida para fins de retomada das atividades de vida diária (AVD's) e das atividades instrumentais de vida diária (AIVD's) por estes anteriormente realizadas. Para tanto, é imprescindível um seguimento pontual da evolução do quadro clínico, o qual sabidamente, assim, pode ser avaliado pela análise do hemograma.

Para além da reabilitação, está a prevenção primária, a qual, a partir dos resultados do hemograma, suscita o desenvolvimento de atividades educativas de orientação dos pacientes com AVC pela equipe multiprofissional em saúde. Essas atividades envolvem tanto a mudança do estilo de vida como a mudança dos hábitos alimentares não saudáveis.

OBJETIVO

Descrever os principais achados do hemograma relacionados à prevenção primária em Saúde Pública de pacientes com AVC, como fator prognóstico com ênfase em sua qualidade de vida.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa realizada com base na Literatura Científica e ênfase nos últimos cinco anos. Foram selecionados 15 artigos atualizados para compor a discussão dos resultados, tendo sido consultada a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Inicialmente, utilizou-se como descritores as palavras “AVC” e “qualidade de vida” na consulta ao DeCS, pelo método integrado de pesquisa e operador booleano “and”. Em seguida, refinou-se a pesquisa com o descritor “hemograma” e operador booleano “or”. Foram consultadas as bases de dados LILACS, IBECs e MEDLINE, perfazendo-se um total de 1.499 artigos. Os critérios de inclusão foram “Texto Completo”, idioma Português, Inglês e Espanhol, com “ano de publicação” entre 2007 e 2017. Quanto aos critérios de exclusão, foram excluídos os artigos que não se detinham ao tema em estudo. Os artigos selecionados para compor a revisão foram então agrupados em uma tabela conforme o título, objetivo, nome do periódico, autores e ano de publicação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os artigos que foram consultados (Quadro 1), versaram sobre a temática central, ou seja, o hemograma na perspectiva da prevenção primária de pacientes com AVC. Dessa forma, os mesmos foram agrupados conforme o título, objetivo, nome do periódico, autores e ano de publicação.

Quadro 1 – Artigos utilizados na revisão

Título do artigo	Objetivo	Nome do periódico	Autores	Ano de publicação
Prevenção primária da doença cerebrovascular	Analisar separadamente os principais itens que compõem a prevenção primária do AVC.	Diagn Tratamento	Gagliardi R. J.	2015
Mechanisms Linking Red Blood Cell Disorders and Cardiovascular Diseases	Revisar as principais associações entre os distúrbios dos eritrócitos e as doenças cardiovasculares, fazendo uma breve descrição dos últimos estudos na área, considerando as implicações para a prática clínica e terapêutica.	BioMed Research International	Mozos I.	2015
Can the Neutrophil-to-Lymphocyte Ratio Appropriately Predict Carotid Artery Stenosis in Patients with Ischemic Stroke?—A Retrospective Study	Determinar a NLR como fator preditivo para a estenose de carótida por estudo de associação entre a NLR e a túnica íntima média (IMT) da artéria carótida em pacientes coreanos com AVC isquêmico.	Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases	Hyun S. et. al.	2015
Polimorfismos genéticos associados ao metabolismo lipídico envolvidos na fisiopatologia do acidente vascular encefálico isquêmico.	Revisar os principais polimorfismos genéticos associados ao metabolismo lipídico envolvidos na fisiopatologia do AVEi.	Semina: Ciências Biológicas e da Saúde	Flauzino T. et. al.	2014
Neutrophil to lymphocyte ratio predicts poor prognosis in ischemic cerebrovascular disease.	Analisar a razão Neutrófilos/Linfócitos como fator preditivo no AVC isquêmico agudo.	J Clin Lab Anal.	Celikbilek A.; Ismailogullari S.; Zarsarsiz G.	2014
Is neutrophil/lymphocyte ratio predict to short-term mortality in acute cerebral infarct independently from infarct volume?	Investigar a relação entre a NLR e o volume do infarto em termos de mortalidade no AVC isquêmico agudo.	J Stroke Cerebrovasc Dis.	Tokgoz S. et al.	2014

Guidelines for the primary prevention of stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association.	Estabelecer recomendações de prevenção do AVC entre indivíduos sem AVC prévio ou ataque isquêmico transitório.	Stroke	Meschia J. F. et. al.	2014
Vivendo o acidente vascular encefálico agudo: significados da doença para pessoas hospitalizadas	Compreender o significado da experiência vivenciada pela pessoa adoecida por AVE agudo durante o período de hospitalização.	Rev Esc Enferm USP	Maniva S. J. C. F. et. al.	2013
Duration of diabetes and risk of ischemic stroke: the Northern Manhattan Study.	Verificar a hipótese de que a duração do diabetes é um fator preditor independente para o AVC isquêmico.	Stroke	Banerjee C. et. al.	2012
Thrombophilic screening in young patients (< 40 years) with idiopathic ischemic stroke: a controlled study.	Investigar a relação da presença de anticorpos antifosfolipídicos e o aumento do risco de AVC isquêmico por causa idiopática em pacientes jovens.	Thromb Res.	Dragoni F. et. al.	2011
Acidente Vascular Encefálico Isquêmico: do diagnóstico à terapêutica	Descrever o caso de um paciente previamente hígido com AVE isquêmico, sem identificação de qualquer fator de risco e com manifestações clínicas iniciais inespecíficas.	Rev Med Minas Gerais	Figueiredo T. G. B. et. al.	2010
Association between change in plasma triglyceride levels and risk of stroke and carotid atherosclerosis: systematic review and meta-regression analysis.	Investigar a associação entre o uso do tratamento induzido nos níveis plasmáticos de triglicérides e o risco de AVC e a progressão do espessamento da túnica íntima média da carótida.	Atherosclerosis	Labreuche J. et. al.	2010

Fonte: BVS e Pubmed.

O hemograma consiste em um exame laboratorial que permite avaliar as células sanguíneas, a saber, hemácias, leucócitos e plaquetas, quanto ao número, cor (HCM e CHCM), tamanho (VCM) e variação de tamanho (RDW), sendo estes conhecidos como índices hematimétricos. Esses parâmetros são indispensáveis para dar suporte à avaliação clínica do paciente. Valores de hemoglobina (Hb) e de hematócrito (Ht) também estão presentes no hemograma (FLAUZINO et. al., 2014).

Valores de hemoglobina (Hb) e de hematócrito (Ht) estão presentes no hemograma. A primeira é definida como o pigmento que confere a coloração vermelha do sangue, sendo responsável pelo transporte dos gases respiratórios (oxigênio ou O_2 e gás carbônico ou CO_2O_2). O segundo, como o espaço percentual ocupado pelas hemácias em um dado volume sanguíneo. Sua avaliação permite identificar possíveis anemias e desidratação, pois a elevação das taxas de Hb e de Ht, geralmente cursam com o aumento da viscosidade sanguínea.

O HCM corresponde à quantidade de hemoglobina presente em cada hemácia, permitindo classificá-la como hipocrômica (abaixo de 27pg) ou normocrômica (de 27pg a 32pg). Já o CHCM equivale à quantidade média de hemoglobina presente em um dado volume total de sangue, ao que as hemácias são classificadas como hipocrômicas (abaixo de 32%) ou normocrômicas (entre 32% a 36%).

O VCM, por sua vez, possibilita identificar o volume médio das hemácias, ao que estas são classificadas como microcíticas (abaixo de 80fL), normocíticas (80 a 98fL) ou

macrocíticas (acima de 98fL) e o RDW sua variação, ao que podem ser normocíticas (11% a 15%) ou anisocíticas (valores superiores a 15%).

Já é consenso na comunidade científica que alterações no hemograma podem estar associadas a comorbidades, tais como hipertensão arterial sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM) e dislipidemias (HYUN et. al., 2015). É sabido que doenças cardiovasculares coronarianas também podem ser ocasionadas por variações no RDW, Hb e Ht (MOZOS, 2015).

Por um lado, há autores que acreditam que um nível reduzido do hematócrito, que caracteriza a anemia, pode estar relacionado a um melhor prognóstico do paciente, apontando, por conseguinte, que o aumento da viscosidade sanguínea implica uma maior possibilidade de tromboembolismos. Outros, entretanto, induzem-no a um pior prognóstico, considerando-se a hipóxia e o infarto cerebral que estes agravam (MOZOS, 2015).

Para Hyun et. al. (2015) a razão entre a contagem de neutrófilos e a contagem de linfócitos (NLR) está comprovadamente associada à incidência de estenose carotídea em pacientes do sexo masculino, sendo que esta é relatada como um fator causal para o AVC isquêmico, devido ao fato de que a NLR é compreendida sob a forma de marcador subclínico da inflamação na fase aguda da doença, além de outros biomarcadores inflamatórios importantes, tais quais, o fibrinogênio, TNF- α , IL 1 β , IL-6, IL-10, os quais, juntos, desencadeiam a cascata do processo inflamatório.

A NLR está ainda relacionada à esclerose das artérias coronárias e à neoplasia. Assim, o índice de infarto, por

exemplo, geralmente é maior em pacientes com elevada NLR, o mesmo ocorrendo quando do aumento da contagem dos leucócitos, proteína C reativa e hemocisteína(-CELIKBILEK; ISMAILOGULLARI; ZARARSIZ, 2014; TOKGOZ et. al., 2014).

A detecção e o controle dos fatores de risco para o AVC compõem um item fundamental no programa de prevenção. Podemos dividi-los em dois grandes grupos: não modificáveis e modificáveis. Dentre os fatores de risco não modificáveis estão a idade, o sexo, a etnia e a predisposição genética. Já os fatores de risco modificáveis são hipertensão arterial, tabagismo, diabetes, dislipidemias, dieta, atividade física, obesidade, bioimpedância, cardiopatias, estenose de carótida, alcoolismo, anemia, hipercoagulação, distúrbios do sono e aumento da hemocisteína (GAGLIARDI, 2015).

Em termos de comorbidades, a hipertensão arterial sistêmica é o principal fator de risco para o AVC, quer isquêmico ou hemorrágico. O risco é elevado, de etiologia significativa, independente, contínuo, tem relação direta com a intensidade e ocorre em todas as populações e etnias (MESCHIA et. al., 2014).

Nesse sentido, a análise dos níveis séricos de sódio, um eletrólito presente no hemograma, podem subsidiar a adoção de uma conduta preventiva com vistas a evitar o desenvolvimento de um quadro hipertensivo. Sabe-se que níveis elevados de sódio podem estar relacionados a uma pressão arterial elevada.

Sabe-se que a hipertensão arterial sistêmica pode ser tratada de duas formas: a farmacológica e a não farmacológica. Entretanto, a primeira só deve ser aplicada quando

da impossibilidade de utilização da segunda forma, a qual apresenta melhores resultados terapêuticos dado não haver sobremodo contraindicações ou efeitos colaterais.

Nesse caso, a educação alimentar é primordial na adesão de uma alimentação saudável com redução da ingestão de sódio pelo paciente, que tem que ser, segundo a OMS, inferior a 2gramas/dia, equivalendo a um consumo de menos de 5 gramas diários de sal (OMS, 2016). Portanto, é essencial o papel da equipe multiprofissional na orientação quanto às mudanças dos hábitos alimentares, mesmo se a hipertensão já estiver instaurada.

A diabetes, por sua vez, é um fator de risco independente para o AVC, pois supera o dobrodo risco de AVC isquêmico. Além disso, aproximadamente 20% dos diabéticos poderão vir a óbito por AVC. Ressalte-se, ainda, que também aumenta o risco de AVC hemorrágico e que o pré-diabetes e a resistência à insulina, também, estão associados ao AVC. É sabido que a diabetes é uma doença bastante prevalente na população em geral cujo risco é diretamente proporcional à idade (BANERJEE, 2012).

A OMS recomenda um consumo diário de açúcar inferior a 25gramas/dia, o que equivale a, aproximadamente, seis colheres das de chá de açúcar diárias (OMS, 2016). Os níveis glicêmicos de pacientes com diabetes podem ser acompanhados no hemograma, tendo-se como propósito a prevenção do AVC. Para tanto, é necessária uma capacitação da equipe multiprofissional para além da reeducação alimentar do paciente, cuja abordagem enfoque, principalmente, na mudança do estilo de vida a partir de outros fatores de risco modificáveis, a saber, tabagismo, etilismo e sedentarismo, dentre outros.

Já em termos de dislipidemias, muitos estudos têm comprovado que o colesterol total e a fração LDL (*Low Density Lipoprotein*) elevados e a fração HDL (*High Density Lipoprotein*) reduzida são potenciais fatores de risco para o AVC. Especificadamente em relação aos triglicérides, ainda há controvérsia, mas a tendência de muitos estudos é de, também, enquadrá-los como mais um fator de risco (LABREUCHE, 2010).

Os valores de LDL, HDL e triglicérides sanguíneos, além do colesterol total e VLDL (*Very Low Density Lipoprotein*), do mesmo modo, podem ser consultados no hemograma, ao que se caberia da mesma forma orientações da equipe multiprofissional para o paciente quanto à modificação dos fatores de risco anteriormente mencionados, tendo-se em vista a mudança dos hábitos alimentares e do estilo de vida do paciente.

Quanto aos distúrbios de coagulação, tanto as formas adquiridas como hereditárias, facilitam os fenômenos tromboembólicos, incluindo o AVC (DRAGONI, 2011). Para tanto, uma observação minuciosa dos valores de TAP (tempo de protrombina) e TTPA (tempo de tromboplastina parcial ativada) permite identificar tais doenças, o que, igualmente, se verifica no hemograma.

CONCLUSÃO

Pelo exposto, compreende-se que o hemograma representa uma forma de subsidiar o diagnóstico, prognóstico e tratamento dos pacientes acometidos por AVC. Além disso, é possível afirmar que a sua principal finalidade deve ser a

de prevenir primariamente esta doença, tendo-se em vista os altos custos despendidos em sua terapêutica.

Em termos de Saúde Pública, a análise do hemograma possibilita uma intervenção pontual por parte dos profissionais de saúde, a qual está fundamentalmente embasada pelas orientações da equipe multiprofissional durante as atividades de educação em saúde, para o alcance da qualidade de vida.

Finalmente, entende-se que a principal forma de se obter um melhor prognóstico do paciente é por meio da prevenção primária, ou seja, quando a doença ainda não está instaurada, o que demanda uma capacitação adequada e um olhar clínico acurado por parte desses profissionais.

REFERÊNCIAS

BANERJEE, C. et al. Duration of diabetes and risk of ischemic stroke: the Northern Manhattan Study. *Stroke*. v. 43, n. 5, p. 1212-7, 2012.

CELIKBILEK, A.; ISMAILOGULLARI, S.; ZARARSIZ, G. Neutrophil to lymphocyte ratio predicts poor prognosis in ischemic cerebrovascular disease. *J Clin Lab Anal*. v. 28, p. 27-31, 2014.

DATASUS. **Ministério da Saúde**. Brasília-DF, 2015.

DRAGONI, F. et al. Thrombophilic screening in young patients (< 40 years) with idiopathic ischemic stroke: a controlled study. *Thromb Res*. v. 127, n. 2, p. 85-90, 2011.

FIGUEIREDO, T. G. B. et al. Acidente Vascular Encefálico Isquêmico: do diagnóstico à terapêutica. *Rev Med Minas Gerais*. v. 20, n. 2, supl. 1, p. S98-S100, 2010.

FLAUZINO, T. et al. Polimorfismos genéticos associados ao metabolismo lipídico envolvidos na fisiopatologia do acidente vascular

encefálico isquêmico. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**. Londrina, v. 35, n. 2, p. 163-180, jul./dez., 2014.

GAGLIARDI, R. J. **Prevenção primária da doença cerebrovascular**. Diagn Tratamento. v. 20, n. 3, p. 88-94, 2015.

HYUN, S. et. al. Can the Neutrophil-to-Lymphocyte Ratio Appropriately Predict Carotid Artery Stenosis in Patients with Ischemic Stroke?—A Retrospective Study. **Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases**. v. 24, n. 11: p. 2646–2651, nov., 2015.

LABREUCHE, J. et. al. Association between change in plasma triglyceride levels and risk of stroke and carotid atherosclerosis: systematic review and meta-regression analysis. **Atherosclerosis**. v. 212, n. 1, p. 9-15, 2010.

MANIVA, S. J. C. S. et. al. Vivendo o acidente vascular encefálico agudo: significados da doença para pessoas hospitalizadas. **Rev Esc Enferm USP**. v. 47, n. 2, p. 362-8, 2013.

MESCHIA, J. F. et. al. Guidelines for the primary prevention of stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. **Stroke**. v. 45, n. 12, p. 3754-832, 2014.

MOZOS, I. Mechanisms Linking Red Blood Cell Disorders and Cardiovascular Diseases. **BioMed Research International**. p. 1-12, 2015.

OMS. **Organização Mundial da Saúde**, 2016.

BRASIL. Telessaúde. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2015. FAVOR VERIFICAR.

TOKGOZ, S. et al. Is neutrophil/lymphocyte ratio predict to short-term mortality in acute cerebral infarct independently from infarct volume? **J Stroke Cerebrovasc Dis**. v. 23, p. 2163-2168, 2014.

ZUKERMAN, E. et. al. **Acidente vascular cerebral**: protocolos gerenciados do Hospital Israelita Albert Einstein. Barueri-SP: Manole, 2009.

PERFIL DAS PRESCRIÇÕES ATENDIDAS EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO DE PACIENTES SOROPOSITIVO DE UM HOSPITAL ESPECIALIZADO DE FORTALEZA

*Francisca Geisa de Souza Passos
Sônia Samara Fonseca de Moraes
Marcelo Gurgel Carlos da Silva*

INTRODUÇÃO

O gerenciamento de riscos em saúde é a aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional. O risco, portanto, é a combinação da probabilidade de ocorrência de um dano e a gravidade de tal dano, já o gerenciamento de riscos, por sua vez, é a tomada de decisões relativas aos riscos ou à ação para a redução das consequências ou probabilidade de ocorrência (HCFMRP- USP,2010).

Portanto, houve um incremento nos estudos direcionados para avaliar a segurança do paciente, o que foi determinante para um maior conhecimento sobre o tema e

confirmou a sua relevância como problema mundial (ROSA et al., 2009; ANACLETO et al., 2010).

Segundo Rosa e Perini (2003), esses danos aos quais os pacientes são submetidos podem receber diversas denominações, tais como erros médicos, eventos adversos relacionados à internação, agravos à saúde, erros de medicação, entre outros.

Segundo a OMS (2007), os erros de medicação são comuns nos processos de produção, prescrição, distribuição, administração de medicamentos e controle, mas ocorrem casos mais frequentemente durante os processos de prescrição e administração.

Atualmente, os erros de medicação são considerados um problema mundial de saúde pública e constantemente encontra-se em pauta de discussão pela sociedade, estando figurando entre os mais sérios aqueles relacionados à prescrição (ROSA et al., 2009).

Portanto, a importância desses estudos em âmbito hospitalar está em poder identificar fatores que podem levar esses eventos a ocorrerem e, eventualmente, gerar um agravamento do quadro clínico dos seus pacientes. Outro ponto relevante é que os erros de medicação possuem uma dimensão social importante, devido ao elevado número de pacientes internados nessas entidades, na complexidade e agressividade dos procedimentos aos quais são submetidos, na frequente polifarmácia administrada, bem como no interesse da melhoria da qualidade da assistência hospitalar (OTERO, 2007; AGUIAR et al., 2006).

Diversos são os fatores relacionados que podem acarretar esses erros: o alto número de pacientes por profissional, principalmente em entidades públicas; elevada rotatividade das equipes de atendimento em ambientes hospitalares; tempo reduzido despendido no atendimento ao paciente; condições impróprias de trabalho; bem como os erros inerentes ao tratamento do paciente, como processo medicamentoso falho devido à ilegibilidade da prescrição médica, falta de informações imprescindíveis, na administração, ou em um tratamento necessário que não foi prescrito, treinamento e falta de profissionais, entre outros (SILVA, 2009; MIASSO et al, 2006; ROSA et al, 2009; VILLALOBOS et al, 2007; JAIN et al., 2009; LERNER et al., 2008; COIMBRA; CASSIANI, 2004; SILVA ; CASSIANI, 2004; CARVALHO; VIEIRA, 2002).

Sabe-se que a prescrição medicamentosa deve ser individualizada e precisa conter informações específicas sobre o paciente para a qual é destinada. Entre essas informações, aquelas referentes à identificação do paciente são de fundamental importância para se evitar a administração de medicamentos a um paciente errado. Já a omissão de informações na prescrição médica dificulta o trabalho de equipe e coloca em risco a vida do paciente, apesar disto, é relativamente frequente ocorrer no meio hospitalar. (AGUIAR et al.,2006).

Por esses motivos, também, a importância da identificação do profissional prescritor, principalmente, quando se faz necessário entrar em contato com o prescritor para confirmação de dados ou tirar dúvidas em relação aos procedimentos prescritos, durante a dispensação do medicamento

pelo farmacêutico ou quando da administração dele pelo profissional de enfermagem, uma vez que a obrigatoriedade do uso de carimbo para validar uma prescrição médica ainda é motivo de discussão, porém, diante de casos de ilegibilidade das assinaturas e da possibilidade de falsificação de uma prescrição, é comum que a solicitação ao prescritor para a utilização do carimbo com o número do registro profissional ocorra (AGUIAR et al.,2006; ROSA et al., 2009).

Em um ambiente hospitalar, onde diversas doses de medicamentos são dispensadas diariamente pela farmácia hospitalar, a omissão da data na prescrição também pode acarretar em erros (ROSA et al., 2009).

Objetivo

Analisar as prescrições envolvendo os Medicamentos Potencialmente Perigosos (MPP) utilizados pelos pacientes soropositivos internados em uma unidade de internação de um hospital de atenção terciária de Fortaleza, de modo a identificar o perfil dos pacientes internos e das prescrições dos MPP.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, realizado na unidade de internação para pacientes soropositivos em um hospital referência no Estado do Ceará para Doenças Infecciosas.

Obteve-se um n de 85 prontuários a serem analisados pela pesquisa, entre eles alguns tiveram duas ou três internações no mesmo período, cada uma delas foi analisada à par-

te, de acordo com as variáveis da pesquisa, excetuando-se os dados referentes ao perfil sociodemográfico, totalizando um n de 102 formulários preenchidos e analisados no estudo.

1. Dados na prescrição

- Características gerais da prescrição:

prescrição completa – nº prontuário; data preenchimento; nº leito; assinatura ou rubrica com carimbo; nome do prescritor e nº de registro no CRM;

prescrição incompleta- falta de um dos dados da prescrição completa; prescrição anônima – sem existência de qualquer identificação.

Os dados foram analisados pelo Excel ® 2010.

Todo processo de pesquisa obedeceu às exigências da Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UECE com o número do parecer: 1.532.807, assim como pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São José de Doenças Infeciosas, parecer número: 1.682.271.

RESULTADOS

Analisaram-se as características sociodemográficas dos pacientes em prontuário a fim de estabelecer um perfil dos pacientes atendidos pela unidade de internação da Instituição de pesquisa.

Observou-se que a maioria dos pacientes internados, no período de estudo, era do sexo masculino (78,82% e n = 67), procedente de capital do estado, Fortaleza (n = 63; 74,12%), com idade entre 30 a 39 anos de idade (n = 33,

38,82%), solteiro e escolaridade ignorada, respectivamente, $n = 51$ (60%) e $n = 36$ (42,36%).

Portanto, foram vistos 21,18% do gênero feminino ($n = 18$) e 25,82 % ($n = 22$) como procedentes do interior, não sendo identificado nenhum paciente com procedência ignorada ou desconhecida.

Quanto à faixa etária observou-se, na tabela 1, que essas foram divididas em 7 categorias para identificação e quantificação.

Tabela 1: Distribuição de faixa etária em uma unidade de internação dos pacientes de um hospital de referência para doenças infectocontagiosas.

Faixa etária (em anos)	Número de indivíduos	%
< 20	1	1,18
20 a 29	25	29,42
30 a 39	33	38,82
40 a 49	19	22,35
50 a 59	6	7,05
≥ 60	1	1,18
Total	85	100,00

No que se refere ao estado civil, identificou-se que, apesar da categoria solteiro ter apresentado o maior índice de indivíduos durante a pesquisa, de acordo com a tabela 2, também outras categorias se destacaram.

Tabela 2: Distribuição quanto ao estado civil dos pacientes em uma unidade de internação de um hospital de referência para doenças infectocontagiosas.

Estado civil	Número de indivíduos	%
Solteiro	51	60
Casado	12	14,11
União estável	11	12,94
Viúvo	3	3,53
Separado/ divorciado	4	4,71
Ignorado	4	4,71
Total	85	100,00

No que se refere ao nível de escolaridade a maioria dos pacientes não apresentava em nenhum local do seu prontuário referência a esse dado, portanto sendo considerado como ignorado. Entre aqueles que apresentavam registro da escolaridade, os que possuíam o ensino médio completo tiveram maior frequência 15,29%.

Tabela 3: Distribuição quanto ao nível de escolaridade dos pacientes em uma unidade de internação de um hospital de referência para doenças infectocontagiosas.

Escolaridade	Número de indivíduos	%
Fundamental incompleto	10	11,76
Fundamental completo	11	12,94
Ensino médio incompleto	6	7,06
Ensino médio completo	13	15,29
Ensino superior incompleto	3	3,53
Ensino superior completo	3	3,53
Analfabeto	3	3,53
Ignorado	36	42,36
Total	85	100,00

No que se refere aos dados que compõem a prescrição, verificou-se que, de modo geral, as prescrições encontravam-se dentro dos padrões com apresentação dos critérios básicos estabelecidos para análise da identificação do paciente e do prescriptor, número do leito e/ou enfermaria e número de prontuário presentes.

Especificamente 100% das prescrições analisadas apresentaram a identificação do paciente, com a presença do nome completo dele. Em 84,31% (n = 86) das prescrições analisadas apresentavam o número do prontuário do paciente a qual se referia, portanto, em 15,69% das prescrições analisadas essa variável estava ausente.

Para a variável indicação de leito, somente em uma única oportunidade ela foi identificada como ausente, correspondendo a 0,98% (n = 1), nas demais 99,02% (n = 101) ela esteve perfeitamente indicada nas prescrições analisadas.

Fato semelhante ao anterior foi observado com a variável identificação do prescritor, sendo essa avaliada quando a presença da assinatura, identificação do nome e presença do carimbo em apenas 0,98% (n = 1) essa não estava presente, e em 99,02% (n = 101) ela se fazia presente.

Por isso, quanto à análise dos itens obrigatórios na prescrição o maior índice de ausência de preenchimento foi para a variável número do prontuário.

Assim, verificou-se que 15,69% (n = 16) das prescrições observadas apresentavam-se incompletas devido à ausência de preenchimento de algumas das variáveis anteriormente ressaltas.

Dessa forma, foram verificadas que a maioria das prescrições analisadas se encontrava completa 84,31% (n = 86), ou seja, apresentavam todos os itens selecionados como obrigatórios no corpo da prescrição e ressalta-se que não houve prescrições anônimas.

DISCUSSÃO

Verifica-se que o perfil dos pacientes atendidos na unidade de estudo é: sexo masculino, procedente de capital do estado, Fortaleza, com idade entre 30 a 39 anos de idade, solteiro e escolaridade ignorada, como ressaltados nas tabelas de 1 a 3, quanto ao gênero está de acordo com aquele

verificado pelo SINAN (Sistema de Notificação de Agravos de Notificação), que ressaltam haver um elevado número de pacientes do sexo masculino diagnosticados no estado do Ceará superior ao de mulheres desde 1983, ocasião do registro do primeiro caso diagnosticado até 2014.

Esse acompanhamento não ocorreu de forma linear, havendo, entre os anos de 2001 e 2002, um aumento dos casos de notificações masculinas, no estado de 385 casos para 417, e uma redução discreta daquelas notificações no sexo feminino, passando de 188 para 171 casos, no Ceará (BRASIL, 2015).

A situação contrária, em que as notificações de casos de HIV positivo para o sexo masculino reduziram e aquelas para o feminino apresentaram crescimento, também foram registradas, entre os anos de 1995 e 1996, quando os casos masculinos passaram de 238 para 230 e os femininos de 56 para 75, no Ceará (BRASIL, 2015).

Porém, salientam que com o crescimento do número de casos de AIDS no estado do Ceará, pode-se visualizar, além disso, a feminização da doença, caracterizando-se pelo aumento considerável dos casos notificados entre mulheres. Essa, também, pode ser verificada na unidade, pois 19,61% da população de estudo compõem-se pelo gênero feminino.

De acordo com Lima et al. (2014), desde o primeiro caso em 1983 até abril de 2010, foram registrados 9.249 casos da síndrome no Ceará. Desses casos, 30% ocorreram em mulheres.

A proporção de casos entre homens e mulheres apresentou uma redução, que passou de 11 homens para cada mu-

lher em 1986, para 1,9 homens para cada mulher em 2005 no Ceará. Acompanhando a tendência nacional, foram registrados, no Brasil, desde 1980 até junho de 2014, 491.747 (65,0%) casos de AIDS em homens e 265.251(35,0%) em mulheres (LIMA et al., 2014; BRASIL, 2014).

Essa situação demonstra e confirma a questão da mudança do perfil das internações por HIV/AIDS no estado, caracterizadas dentre outros aspectos pela heterossexualização e feminização.

Machado et al. (2010) reiteram essa afirmação e mostram uma proporção semelhante entre homens e mulheres, nos anos 90 que era de 30/1, em 2007 passou para 1,4/1, evidenciando crescimento (GALVÃO et al., 2004).

No que concerne à distribuição das internações devido a HIV/AIDS no estado do Ceará, de acordo com dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil, BRASIL (2015), observou-se que a concentração das hospitalizações ocorreu, principalmente, em Fortaleza, o que se justifica em virtude da capital ser o maior centro de referência para tratamento da doença no estado e referência no Nordeste brasileiro.

Dado esse que se confirma com o verificado no estudo, no qual se observou que 82,21% dos pacientes internados na unidade, residiam em Fortaleza. Esse fato, também, pode evidenciar um êxodo da população enferma em busca de proximidade ao local de tratamento adequado, uma vez que este será contínuo e nem sempre está disponibilizado para localidades mais distantes dos grandes centros urbanos.

Portanto, é de extrema relevância oferecer apoio permanente e acompanhamento dessa população vulnerável à morbimortalidade. Isto é passível de ser alcançado com ampliação do seguimento com visitas domiciliares, que deverão e poderão ser implementadas pela equipe da Estratégia Saúde da Família, bem como ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, campanhas educativas direcionadas a públicos variados e aumento do acesso ao tratamento, buscando continuar a diminuição progressiva do excesso de internações por HIV/AIDS no Ceará (MACHADO et al., 2010).

Além disso, sugere-se que mais centros de referência possam ser criados no estado para coordenar e direcionar as ações tanto preventivas quanto curativas para que a população tenha acesso facilitado e de qualidade a informações, consultas, campanhas e tratamento para o HIV/AIDS (MACHADO et al., 2010).

No que se refere ao estado civil e à faixa etária, em levantamento realizado por BRASIL (2014), 61 (59,80%) dos pacientes eram solteiros e na faixa etária de 31 a 40 anos de idade foram 41 (40,19%). De acordo com os dados do SINAN de 1980 a 2014 foram registrados 273.462 casos da doença para paciente com idades entre 30 e 39 anos, corroborando com a afirmativa da faixa etária para os quais mais casos são confirmados em ambos os gêneros.

No estudo realizado por Cavalcante (2012), a faixa etária predominante foi entre 20 e 39 anos de idade, com cerca de 70% da sua amostra. Esse fato acredita-se esteja diretamente relacionado com a idade fértil para ambos os gêneros.

Com relação à variável escolaridade, verificou-se na pesquisa que 42 (41,18%) dos participantes da pesquisa não tiveram seus dados relativos ao nível de instrução registrados em qualquer momento durante seu período de internação, fator esse preocupante, uma mesma vez que estes dados são imprescindíveis para caracterização dos pacientes quanto ao acesso à informação, qualidade de vida e saúde, noções de métodos contraceptivos, dentre outros.

Uma vez que foi traçado o perfil dos pacientes internos na unidade, o perfil das prescrições desses, também, foi traçada, verificando-se que 100% das prescrições analisadas apresentaram a identificação do paciente, 84,31% o número do prontuário do paciente, 99,02% a indicação do leito, assim como a variável identificação do prescriptor (99,02%), caracterizando 84,31% das prescrições como completas.

Sabe-se que a prescrição medicamentosa deve ser individualizada e precisa conter informações específicas sobre o paciente para a qual é destinada. Entre essas informações, aquelas relativas à identificação do paciente, tais como nome do paciente, número do prontuário, leito, enfermaria, entre outros, são de fundamental importância para se evitar a administração de medicamentos a um paciente errado (AGUIAR et al., 2006; NÉRI, 2004).

Vários problemas, como pacientes com nomes parecidos, homônimos, doentes confusos que respondem aleatoriamente o que lhes foi perguntado, mudança de leitos, podem ocorrer devido a problemas de administração de medicamentos a pacientes errados. Uma das medidas para reduzir esse tipo de problema é a prescrição ter identificação completa, com o nome todo do paciente e data legíveis (ROSA, 2011).

Além disso, de acordo com Néri et al. (2011), a prescrição é um instrumento de comunicação entre os profissionais e o paciente, que para ser considerada adequada, além da clareza deve seguir os critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) para prescrição racional, sendo apropriada, segura, efetiva e econômica.

Segundo os autores Aguiar et al. (2006), a omissão de informações na prescrição médica dificulta o trabalho de equipe e coloca em risco a vida do paciente, apesar da relativa frequência com que ocorrem no meio hospitalar.

Rosa et al.(2009) demonstraram, em seu estudo, que houve problemas na identificação do paciente em 47% das 4.026 prescrições estudadas e Néri (2004) salientou que 35% das prescrições não apresentaram o nome completo do paciente.

Por esses motivos, a importância da identificação do profissional prescritor, principalmente quando se faz necessário entrar em contato com o prescritor para confirmação de dados ou tirar dúvidas em relação aos procedimentos prescritos, durante a dispensação do medicamento pelo farmacêutico ou quando da administração do mesmo pelo profissional de enfermagem, uma vez que a obrigatoriedade do uso de carimbo para validar uma prescrição médica ainda é motivo de discussão, porém, diante de casos de ilegitimidade das assinaturas e da possibilidade de falsificação de uma prescrição, é comum que a solicitação ao prescritor para a utilização do carimbo com o número do registro profissional ocorra (AGUIAR et al., 2006; ROSA et al., 2009).

Segundo Miasso et al. (2006), a ausência do responsável pelas prescrições para esclarecer aquelas dúvidas geradas

acerca das mesmas, pode levar o profissional a interpretar a prescrição de acordo com sua experiência e dispensar ou administrar o medicamento que acredita estar prescrito. O mesmo é destacado por Rosa et al.(2009), pois tratando-se de um documento legal, a prescrição deve possuir a identificação não apenas do paciente, mas também do emitente, para que, em situações de esclarecimento de dúvidas, seja possível localizá-lo.

Rosa et al.(2009), verificaram que 33,9% dos erros de administração de medicamentos, em um hospital de ensino, foram decorrentes de problemas de identificação do paciente. E, segundo os autores, por se tratar de um ambiente hospitalar, centenas ou mesmo milhares de doses de medicamentos são dispensadas, diariamente, pela farmácia hospitalar, a atenção deve ser de extrema importância aos detalhes.

Observou-se que o sistema utilizado para prescrição na entidade é o de prescrição digitada, o que elimina a variável relativa à interpretação subjetiva e a possível ocorrência de erros assim relacionados a entendimento do item prescrito manualmente, pois, para Rosa et al. (2009), a avaliação da legibilidade possui em sua classificação um relevante grau de subjetividade.

No entanto, no período de realização da pesquisa, não havia um sistema integrado com a farmácia, para observação e dispensação dos itens prescritos, portanto, eram enviadas ao setor as segundas vias das prescrições, as mesmas eram separadas e dispensadas, e através de um digitador as mesmas eram dispensadas via sistema e o custo então gerado.

De acordo com Miasso et al.(2006) e Lobo (2008), a utilização da prescrição eletrônica constitui uma das estratégias, para prevenir ou reduzir erros na medicação, uma vez que a utilização da prescrição eletrônica, também, levaria à redução dos erros de transcrição, bem como das dificuldades de interpretação por ilegibilidade da letra da prescrição manual.

Segundo Villamañán et al.(2013), o uso da prescrição médica computadorizada minimiza a ocorrência de erros de medicação, entretanto, erros de medicação continuam a ocorrer. Portanto, um novo desafio foi lançado para a prevenção de erros de medicação que requer uma mudança na estratégia implementada que busque a segurança do paciente, visando à educação continuada dos profissionais que fazem prescrições, a padronização dos programas de prescrição eletrônica e a integração entre os aplicativos computadorizados hospitalares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A omissão de dados relacionados à identificação do paciente, que apesar de se apresentarem em índices reduzidos, ainda é comum, ressalta-se mais uma vez que essas omissões podem gerar potenciais para erros nas diversas etapas da cadeia de utilização do medicamento.

Desse modo, ressalta-se a importância da realização da monitorização das prescrições de forma plena, mas, principalmente, daqueles medicamentos que possuem risco inerente de ocasionar danos ao paciente se usados indevidamente, como é o caso dos MPP.

O principal beneficiário seria o paciente, uma vez que é responsabilidade dos profissionais e das entidades de saúde a oferta de um serviço de excelência, visando sempre ao bem-estar deste, principalmente quando avaliamos que trata-se de um ambiente hospitalar, onde centenas ou mesmo milhares de doses de medicamentos são dispensadas diariamente pela farmácia hospitalar, a omissão das informações básicas que compõem uma prescrição podem levar a erros.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, G. et al. Ilegibilidade e ausência de informação das prescrições médica. **RBPS**. 19 (2): 84-91, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde – Sistema de Notificação de Agravos de Notificação (SINAN). DATASUS. <<http://www.datasus.gov.br/DATASUS/index.php/index.php?area=0203&id=6930>>. Acesso em: 25 de jul. 2015.

_____. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS**. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, 2014.

CARVALHO, M.; VIEIRA, A. A. Erro médico em pacientes hospitalizados. **J. Pediatr.** v. 78, n. 4, p. 261-268, 2002.

CAVALCANTE, E. G. F. et al. Sexually transmitted infections associated syndromes assisted in the primary health care in Northeast, Brazil. **BMC Public Health**. 12: 595, 2012.

COIMBRA, J. A. H.; CASSIANI, S. H. B. Segurança na utilização de medicamentos dificuldades de detecção dos erros de medicação e algumas propostas de prevenção. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**. (Maringá). 3(2): 153-160, 2004.

GALVÃO, M. T. G.; CERQUEIRA, A. T. A. R.; MARCONDES-MACHADO, J. Medidas contraceptivas e de proteção da trans-

missão do HIV por mulheres com HIV/Aids. **Rev. Saúde Pública.** v. 38, n. 2, p. 194-200, 2004.

HCFMRP- USP. Gerenciamento de riscos e segurança do paciente. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo Campus Universitário, Ribeirão Preto – SP, 2010.

JAIN, S. et al. Medication errors in neonates admitted in intensive care unit and emergency department. **Indian J. Med. Sci.**, v. 63, p. 145-151, 2009.

LERNER, R. B. et al. Medication errors in a neonatal intensive care unit. **J. Pediatr.** v. 84, n. 2, p. 166-170, 2008.

LIMA, D. J. M. et al. Completude e consistência dos dados de gestantes HIV positivas notificadas. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro. v. 22, n. 3, pp. 321-326, 2014.

LOBO, A. C. M. **O Erro na Administração de Medicação:** causas e factores contributivos e atitudes dos enfermeiros. Dissertação (Mestrado) - Universidade Aberta, Lisboa, 2008. Disponível em: <>. Acesso em: 10 de mar. 2015.

MACHADO, M. M. T. et al. Condições sociodemográficas de crianças de zero a dois anos filhas de mães com HIV/Aids, Fortaleza, CE, Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** v. 10, n. 3, p. 377-382, 2010.

MIASSO, A. I. et al. O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação. **Rev. Latino-am. Enferm.** 14(3):354-63, 2006.

_____. Erros de medicação: tipos, factores causais e providências tomadas em quatro hospitais brasileiros. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 40, n. 4, p. 524-532, 2006. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/re USP/upload/pdf/285.pdf>>. Acesso em: 10 de mar. 2011.

NÉRI, E. D. R. et al. ERROS DE PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS EM UM HOSPITAL BRASILEIRO. **Rev. Assoc. Med. Bras.** 57(3):306-314, 2011.

OMS. **Preâmbulo a las soluciones para la seguridad del paciente.** 2007. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf>>. Acesso em: 03 de jan. 2011.

OTERO, M. J. **Prácticas para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.** [S.l.]: ISMP Espanha, 2007. Disponível em:<<http://www.ismp-espana.org/ficheros/Practicas%20para%20mejorar%20la%20seguridad%20de%20los%20medicamentos%20de%20alto%20riesgo..pdf>>. Acesso em: 03 de jan. 2011.

ROSA, M.B. et al. Erros na prescrição hospitalar de medicamentos potencialmente perigosos. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 490-498, 2009.

ROSA, M. B. **Avaliação de intervenções educativas na prescrição de medicamentos potencialmente perigosos, em três hospitais de Belo Horizonte.** Tese de doutorado. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/BUOS-8QCLGF>>. Acesso em: 08 de jul. 2015.

ROSA, M. B.; PERINI, E. Erros de medicação: quem foi? **Rev. Assoc. Med. Bras.** v. 49, n. 3, p. 335-341, 2003. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v49n3/a41v49n3.pdf>>. Acesso em: 11 de abr. 2011.

SILVA, A. M. S. Erros de prescrição médica de pacientes hospitalizados. **Einstein.** v. 7, n. 3, Pt. 1, p. 290-294, 2009. Disponível em:<http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1357-Einstein%20v7n3p290-4_port.pdf>. Acesso em: 18 de fev. 2011.

SILVA, A. E. B. C., CASSIANI, S. H. B. Erros de medicação em hospital universitário: tipo, causas, sugestões e providências. **Rev. Bras. Enferm.**57(6):671-4, 2004.

VILLALOBOS, A. L. et al. El error médico en la prescripción de medicamentos y el impacto de una intervención educativa. **Bol. Med. Hosp. Infant.** Mex.64(2):83-90, 2007.

VILLAMAÑÁN et al. Possíveis erros de medicação associados à preparação de prescrições computadorizadas. **Int. J. Clin. Pharm;** 35(4): 577-83; 2013.

PROIBIDA A DIVULGAÇÃO
REVISÃO DO AUTOR

FLUXOS E CONEXÕES DA REDE CEGONHA: EXPERIÊNCIA DE UMA CAPITAL NORDESTINA

Maria Raquel Rodrigues Carvalho

Monalisa Rodrigues da Cruz

Diego da Silva Medeiros

Maria Salete Bessa Jorge

INTRODUÇÃO

Em decorrência do constante processo de novas demandas de cuidado e tentativas de aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS), constituem-se as Redes de Atenção à Saúde (RAS) que se definem, segundo o Ministério da Saúde (MS), como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010).

Dessa forma, o MS instituiu redes que seriam prioritárias para o cuidado em saúde, sendo estas Rede Cegonha; Rede de Atenção às Urgências e Emergências; Rede de Atenção Psicossocial e Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência. Todas as redes citadas anteriormente foram transversalizadas pelas temáticas da qualificação e educação; informação; regulação; e promoção e vigilância à saúde (BRASIL, 2013).

A Rede Cegonha (RC) é resultado da portaria 4.759/2011 e tem o intuito de: “implementar um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança; organizar a Rede de Atenção que garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e neonatal” (BRASIL, 2011a). Para fortalecer a necessidade de atenção de qualidade materno-infantil, duas das oito metas do milênio traçadas pela Organização das Nações Unidas foram: a redução da mortalidade infantil e a melhoria da saúde da gestante.

Os objetivos da RC para viabilizar esse caminhar incluem a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; a organização da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e a redução da mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011b).

O fluxo proposto pela RC na rede de atenção básica de saúde é composto de etapas que perpassam desde a confirmação da gestação, realização do pré-natal, parto e acompanhamento da criança até os dois anos de idade. Tais etapas têm o intuito de representar as diferentes necessidades de uma rede de atenção à saúde envolvida na linha de cuidado. Pois, a atenção básica é a principal porta de entrada ou o serviço de escolha para entrar nas redes.

Mesmo com a existência de fluxos preestabelecidos pelos protocolos, a realidade vivida no Nordeste brasileiro é bem distinta das instituídas pelo MS. Por isso, o presente capítulo tem o intuito de compreender como se dá os fluxos

das gestantes na RC por meio da concepção das usuárias, profissionais de saúde e gestores. Após tal investigação, poderemos ter a dimensão de como é o caminhar de uma gestante para acessar o cuidado na RC.

Este estudo terá uma abordagem cartográfica para analisar a construção de rede, que busca o rizoma uma imagem que Deleuze e Guattari (1995) se apropriaram da botânica para dizer da produção de saberes de que tratam sua filosofia. Trata-se de uma espécie de caule ou radícula que não permite a percepção dos seus limites com precisão. Além disso, o rizoma também é caracterizado por ser uma espécie que se espalha de forma subterrânea e horizontal. Segundo, Carvalho, et al. (2015, p. 364):

Um rizoma não cessa de se conectar com as várias forças que o compõe, formando um mapa vivo em que a ideia de origem e finalidade não se enquadra, está sempre em processo, no meio. Não existem pontos ou posições num rizoma como numa estrutura ou uma árvore, somente linhas. Desta forma, a imagem do rizoma escapa da ideia de essência ou algo a ser desvelado, pois tudo está à disposição do encontro e em relação engendrando as mais variadas conexões.

O conceito de rizoma nos remete à ideia de rede, esta táocara às reflexões sociais contemporâneas e mais precisamente aocampo da saúde. Para a caracterização de uma rede de saúde, segundo Franco (2013), de caráter rizomático – que opere na micropolítica do processo de trabalho em saúde (trabalhar em equipe com o objetivo de solucionar o problema de saúde, visando ao cuidado ao paciente) e que

tem o trabalho vivo em ato (o trabalhador de saúde fazer rizoma, fortes conexões entre si, utilizando-se de saberes e fazeres, tecnologias, subjetividades para produzir o cuidado) como elemento centrado nessa atividade produtiva.

As redes também se interconectam em campos nos quais, *a priori*, não identificamos a possibilidade do encontro. O território é maleável está sujeito a desterritorializações e reterritorializações no processo que o constitui. Essas redes possuem múltiplas entradas e saídas que não permitem a previsão ou captura pelo pesquisador mais apressado. No interior dessas redes há sempre produção, seja de vida ou de morte, seja de criação ou fascismos os mais variados.

Este estudo faz parte de uma pesquisa denominada, “Observatório Nacional da produção de cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde: avalia quem pede, quem faz e quem usa”, com o parecer do comitê de ética e esse capítulo tem o intuito de demonstrar como ocorre o funcionamento de uma rede que está em pleno movimento e que traz novos elementos em sua construção.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa que se utilizou da orientação cartográfica para mapear a trajetória das gestantes na atenção à saúde. A escolha pela abordagem qualitativa é definida por ela ocupar-se nas Ciências Sociais, assim se dispendo de uma realidade que não pode ou não deveria ser quantificada, ou seja, ela trabalha com o

universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes, esse conjunto de fenômenos humanos é entendido como parte da realidade social (MINAYO, 2011).

Dessa maneira, utilizou-se a orientação cartográfica para dar mais ênfase nessas questões sociais e humanas envolvidas no processo de cuidar. Mas o que seria cartografia? Para os geógrafos, a cartografia é um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo presente nos movimentos de transformação da paisagem, diferentemente do mapa que é a representação de um todo estático. Cartografias não são encontradas apenas na geografia, as paisagens psicossociais são também cartografáveis, sendo este o processo de acompanhar e fazer, ao mesmo tempo, o desmanchamento de certos mundos (sua perda de sentido) e a formação de outros (ROLNIK, 2014).

A cartografia como prática de pesquisa e, consequentemente, produção de saberes é devedora de uma multiplicidade de autores atuantes na tradição filosófica que transita no limite da ideia de representação e identidade, assim torna-se uma prática de pesquisa, uma produção de saber que permite ao pesquisador implicado entrelaçar-se com os territórios e as linhas de força que o compõe, extraíndo desta experimentação a análise (CARVALHO, et al, 2015).

A pesquisa foi realizada em uma capital nordestina, especificamente na cidade de Fortaleza, Ceará. Tal escolha se deu mediante uma solicitação do MS para estudar as RAS em alguns locais específicos do Brasil. Com isso, os autores deste capítulo ficaram responsáveis em estudar a RC e suas gestantes.

O estudo foi realizado nas seis Coordenadorias Regionais de Saúde (CORES) de Fortaleza. Para a produção deste texto, foram realizadas entrevistas com as gestantes que utilizavam o serviço nos dias em que a coleta foi realizada, com os profissionais de saúde atuantes na estratégia RC e com os gestores de saúde. No tocante a produção desses dados, foi realizada entrevista aberta, diário de campo, observação sistemática e documentos para a formulação de um pretenso fluxograma analisador. Após as entrevistas, os dados obtidos foram condensados para a construção de um fluxo que realizasse a representação de como ocorre o caminhar da gestante pela rede.

Para a análise do presente estudo, dentro da perspectiva cartográfica, utilizou-se a ideia e os princípios rizomáticos, como já citado anteriormente. Também se fez uso do Fluxograma Analisador, que consiste no mapeamento dos fluxos e dos processos de trabalho, por meio de uma representação gráfica, tornando-os uma ferramenta para reflexão da equipe. De acordo com Barboza e Fraccolli (2005), se constitui numa ferramenta que interroga o processo de trabalho.

Os aspectos éticos que envolvem pesquisas com seres humanos foram seguidos, de acordo com a Resolução 466/12. Este trabalho trata-se de um recorte de um projeto nacional intitulado, coordenado pelos professores Emerson Merhy, Túlio Franco e Marcelo Land. E tendo como coordenadora em Fortaleza (CE) e São Luís (MA) a professora Maria Salete Bessa Jorge. Com parecer do Comitê de Ética de número 560.597, de 21 de março de 2014, do Rio de Janeiro.

O primeiro ponto que vai de encontro com o fluxo preestabelecido pela RC e o fluxo vivenciado na capital cearense é a relação da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), pois as gestantes que habitam os territórios descobertos têm que utilizar-se de estratégias para adentrar nas Unidades de Atendimento Primário em Saúde (UAPS) para dar início ao pré-natal.

O primeiro contato da gestante é com o Centro de Saúde da Família. Sendo a Atenção Básica a principal porta de entrada das gestantes. A Atenção Básica, como o nome mesmo já diz, é uma estrutura básica para a construção das redes, pois encontra-se como primeiro nível organizacional da rede do Sistema Único Saúde (SUS), que tem como funções básicas o acolhimento, as vinculações e as responsabilizações comunitárias. Atua, prioritariamente, na promoção, prevenção, tratamento e acompanhamento de agravos comuns e prevalentes na população do distrito sanitário. Para sua resolutividade, ainda requer a integração com outros níveis assistenciais, a dispensação de medicamentos, exames laboratoriais e de imagem, entre outros (KUSCHNIR; CHORNY; LIRA, 2010; MENDES, 2011).

Nesse processo de regionalização da assistência aos serviços de saúde, a atenção básica encontra-se como organizadora das RAS. Segundo Barata et al. (2013), atenção básica no SUS é a porta de entrada preferencial do sistema, pois a boa qualidade dos atendimentos e a capacidade resolutiva desse nível de atenção são fundamentais para efetivar a integralidade em saúde. As equipes de saúde, em geral, acreditam que a atenção básica abre boas possibilidades para o estabelecimento de uma porta de entrada mais resolutiva e

eficaz, disponibilizando de vários recursos para aumentar os níveis de acesso, cobertura e ordenamento (SILVA, 2013).

Diante disso, podemos destacar a importância desse dispositivo de saúde nas RAS e, principalmente, na RC, visto que nela é iniciado o acompanhamento da gestante (pré-natal) e só a partir dela é que são encaminhadas para os serviços de alta complexidade. Com isso, observa-se que o cuidado integral da mulher não é realizado por falta de profissionais que realizem a atuação nas áreas descobertas, o que ocasiona uma desvitalização da rede.

O pré-natal deve ser composto por consultas alternadas entre enfermeiros e médicos e os exames necessários nesse momento devem ser garantidos à gestante. Cada UAPS é vinculada a duas maternidades de referência: uma de risco habitual e outra de alto risco. A maternidade onde será realizado o parto deve ser informada à gestante nas primeiras consultas do pré-natal e deve constar na caderneta da gestante seu nome, endereço e telefone, caso seja uma gestação de alto risco o pré-natal deve ser realizado na maternidade de referência. No entanto, o vínculo das gestantes com a UAPS não deve ser quebrado, para isso é necessário que se mantenha uma ligação entre a gestante e o serviço. Para Silva et al (2015), o vínculo entre os profissionais e os indivíduos que demandam o cuidado em saúde é atravessado por afetos e subjetividades que destituem do território assistencial, dos saberes totalitários e das práticas intervencionistas.

Os exames laboratoriais das gestantes no pré-natal são realizados por Organizações Sociais devido ao contrato realizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. De acordo com o relato dos profissionais e das gestantes,

no período que foi realizado a entrevista, os exames estavam sendo entregues em tempo hábil para as consultas do pré-natal, porém um dos profissionais de saúde responsável pelo pré-natal relatou que nem sempre é assim que ocorre, pois há momentos que a falta desses exames devido à ausência de repasse de recursos para a entidade que os realizam, e é nesse momento que os profissionais e as gestantes começam a tecer novas linhas de cuidado que perpassam os protocolos estabelecidos pela rede formal, como pode ser observado na figura 1, que traz a utilização dos serviços privados para realização de exames. Além disso, há suspeitas quanto à qualidade destes exames contratados, pois quando comparados aos exames realizados em rede privada mostra resultados divergentes. Em seu estudo Ortega, Carvalho e Peloso (2015), relatam a importância dos exames de laboratórios tanto para a equipe de saúde quanto para a gestante, pois com o resultado dos exames tanto os profissionais de saúde quanto as gestantes passam a ficar mais seguras em relação à saúde do bebê.

Já em relação aos exames de imagem, algumas deficiências foram relatadas como a demora em realizá-lo, o que impossibilita a continuação do pré-natal no tempo preconizado. Com isso, as parturientes são orientadas a fazer em clínicas privadas. No entanto, quando a gestante não possui condições financeiras para realizá-lo, as conexões começam a se formar para que o exame seja realizado em tempo hábil, isto varia entre as CORES e os profissionais envolvidos no processo.

Após a realização do parto, o fluxo que se estabelece é o seguinte: as puérperas que vivem em um território coberto pela ESF são acompanhadas pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) e equipe responsável pela área, e as que habi-

tam uma área descoberta não recebem a visita domiciliar e devem deslocar-se até a UAPS mais próxima para realizar os atendimentos necessários a este período. Esse obstáculo referente à falta de cobertura dos territórios mostra-se presente tanto no início da gestação (pré-natal), quanto após a gestação (na vista puerperal), que se torna de fundamental importância para a detecção precoce de possíveis patologias tanto com a mãe como com o recém-nascido. Pode-se notar que cada regional possui singularidades na produção do cuidado com as mulheres no pré-natal. As relações produzidas perpassam por inúmeros fatores que produzem a rede utilizando múltiplos elementos para a promoção da saúde.

Algumas barreiras provenientes do território promovem a desvitalização da produção do cuidado com as gestantes, fazendo com que elas busquem as próprias ferramentas para promover o cuidado que elas esperam ter, elas passam a tecer o mapeamento de suas redes vivas (MERHY et al., 2014). Esse fato foi possível de ser avaliado, pois em uma das regionais por falta de vinculação das gestantes com as unidades e até mesmo com a maternidade que o parto deveria ser realizado, as parturientes procuravam formas de promover o seu cuidado, utilizando-se das relações de afetos e afetividades produzidas pelos profissionais atuantes no serviço para realizar o cuidado (FRANCO, 2015).

Torna-se também importante destacar que o esforço empreendido por alguns trabalhadores demonstra sua capacidade para o cuidado. Encontram essa possibilidade no que Franco (2015) chama de “Trabalho Criativo”, sendo este o trabalho em que o trabalhador é capaz de desprender da servidão dos julgamentos, valores morais, religiosos ou

qualquer outro, e se coloca íntegro para o cuidado com o usuário com o objetivo de cuidado. Desprovido de qualquer força retroativa ao encontro, o trabalhador se vê instituído de liberdade e pronto para atuar tendo por referência o próprio encontro.

Essas experiências demonstram que as redes possuem fluxos que ultrapassam os textos normativos na intenção de proporcionar o atendimento integral e em tempo hábil. Usuárias, profissionais de saúde e gestores inventam a rede de cuidado de acordo com os elementos que estão acessíveis no território que atuam.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A situação atual da RC em Fortaleza lida com alguns problemas que perpassam desde a descoberta da gestação, à falta das tecnologias leves, leve-dura e duras para promover o cuidado (MERHY, 2002), a precarização das equipes de saúde e das estruturas dos serviços, impossibilita a realização do que é preconizado pela rede, assim reduzindo a qualidade do pré-natal devido às dificuldades para realização de exame, falta de profissional, captação tardia, o acompanhamento domiciliar pelo ACS precisa ser fortalecido.

Há uma estrutura estabelecida pela RC, no entanto, devido às barreiras existentes, como a falta de cobertura da ESF e a falta de dispositivos para realizar exames necessários em uma gestação, faz com que essa estratégia possua algumas lacunas que promovem a desvitalização do cuidado ofertado. Porém, nota-se que a produção do cuidado perpassa a rede formal de atenção atinge a rede informal,

com isso ocorre a construção das redes vivas (MERHY et al., 2014), pois a produção do cuidado ultrapassa as normas protocoladas para promover as estratégias de cuidado aos sujeitos.

REFERÊNCIAS

BARATA, L. R. B. et al. **O gestor estadual e os desafios da atenção básica em saúde.** In: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Realidades e perspectivas da gestão estadual do SUS. Coletânea de artigos. Brasília: CONASS, p. 51- 58, 2013.

BARBOZA, T. A. V.; FRACOLLI, L. A. A utilização do “fluxograma analisador” para a organização da assistência à saúde no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 4, v. 21, p. 1036-1044. aug. 2005. Acesso em: 18 de fev. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.459**, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.459**, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Portal da Saúde. **Redes Prioritárias.** Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_proprietaria> . Acesso em: agost. de 2016.

CARVALHO, M.R.R.; MEDEIROS, D.S.; FRANCO, T.B.; JORGE, M.S.B. Cartografia como ferramenta com potencial para pesquisa em Saúde Coletiva. In: SILVA, M.R.F.; MOLITERNO,

L. A. A.; CUSTÓDIO, L. L. (Orgs). **Avaliação, Cuidado e Promoção de Saúde**: Construção de saberes e práticas. Fortaleza: EdUECE, p. 357-379. 2015.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs**: capitalismo e esquizofrenia. v. I. São Paulo: Ed.34, 1995.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. I. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

FRANCO, T. B. Trabalho criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 102-104. abr./jun. 2015.

KUSCHNIR, R. C.; CHORNY, A. H.; LIRA, A. M. L. **Gestão dos sistemas e serviços de saúde**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2010.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERHY, E. E. et al. Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua; implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, n. 52, p. 153-164. out. 2014.

MERHY, E. E. **Saúde**: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. In: GOMES, S. F. D. R.; MINAYO, M. C. S. (Organizadora). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 30. ed.- Petrópolis, RJ: Vozes, p. 9-29. 2011.

SILVA, J. M. B. **A gestão do fluxo assistencial no Sistema Único de Saúde**. In: BRASIL. Portal da saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=24560&janela=2>. Acesso em: 22 de out 2013.

SILVA, M. R. F., et al. O cuidado além da saúde: cartografia do vínculo, autonomia e território afetivo na saúde da família. **Rev Min Enferm**, v. 19, n. 1, p. 249-254. jan/mar. 2015.

ORTIGA, E. P. F.; CARVALHO, M. D. B.; PELLOSO, S. M. Percepção da Assistência Pré-natal de Usuárias do Serviço Público de Saúde. **Rev Enferm UFSM**. v. 4, n. 5, p. 618-627. out/dez. 2015.

PROIBIDA A DIVULGAÇÃO
REVISÃO DO AUTOR



PARTE 3

CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

TENSÕES RADICADAS NAS DIMENSÕES ESTIGMATIZANTES: “DOENÇA MENTAL CRÔNICA” VERSUS “ADOECIMENTO PSÍQUICO DE LONGA CONVIVÊNCIA”

Fernando Sérgio Pereira de Sousa

Maria Salete Bessa Jorge

PANORAMA DA DISCUSSÃO

Ressalta-se que a tipologia de doença crônica se assenta no conceito tradicional de patologia e exclui outras condições que não são doenças, mas que exigem uma resposta social adequada dos sistemas de atenção à saúde. Dessa forma, defende-se a concepção do termo adoecimento psíquico de longa convivência com a vantagem de dirigirem-se mais explicitamente para a experiência subjetiva com a doença, dano ou agravo à saúde, elaborada ao longo de um percurso (trajetória de vida) por diversos contextos (interações sociais com profissionais de saúde, familiares, amigos e outros).

Em relação aos aspectos teóricos, os conceitos de “experiência de adoecimento”, “cronicidade”, “doenças de longa duração”, “cuidado” e “sofrimento” estão presentes, em maior ou menor grau nos estudos científicos e na literatura

mundial e brasileira. Nota-se, entretanto, uma bem-vinda diversidade de abordagens teóricas desses conceitos, aos quais os autores recorrem para construir seus objetos de pesquisa, mais ou menos próximos das teorias do “*embodiment*” ou da “construção social do corpo e da pessoa” (cujas leituras e aproximações poderiam ser expressas, na Antropologia da Saúde brasileira, por exemplo, a partir dos trabalhos de Rabello, Alves e Souza (1999) e Duarte (1986).

A experiência da doença é categoria central para alguns textos (veja-se os textos de Paulo Cesar Alves, de Ednalva Neves e de Yeimi Alexandra Alzate López e Leny Alves Bonfim Trad, na medida em que possibilita uma “articulação entre corpo e cultura” (como sugere Neves, em “Viver com (e apesar de) a doença...”), enquanto as análises por meio de representações sociais estão mais presentes em outros textos. A complexa construção do sofrimento é tematizada nos textos de Marcio Bressiani Zamboni e Leonardo Carbonieri Campoy, respectivamente, que mostram como o contexto e as relações sociais de diversas ordens acabam por conferir valores, sentimentos e significados aos sujeitos enfermos (MAKSUD, 2015).

Canesqui (1997, 2007, 2013), que vem se ocupando faz muitos anos dos estudos de doenças crônicas, analisa, em um de seus recentes artigos, os adoecimentos de longa duração em periódicos brasileiros da Saúde Coletiva/Pública. A autora mostra que o tema “doenças crônicas” é, particularmente, trabalhado na área de epidemiologia, e é ainda incipiente nas abordagens socioantropológicas da Saúde Coletiva.

Cabe refletir sobre o entendimento fatalista do termo “crônico”, algo que leva a pessoa adoecida ao enclausuramento de sua vida e ao constante pensamento de “ter” uma doença fatal. O estigma que recai na pessoa “crônica” limita a expressão desse acontecimento como experiência de vida, não considerando o contexto sociocultural e o potencial da existência ao conviver com a doença. A possibilidade de continuar tendo espaços e vontades no meio social e familiar é resgatada quando se compreende que apesar da limitação é possível resistir e não tomar como verdade que a doença seja a expressão máxima do viver.

As ideias e os relatos levam-nos ao longo da história a perceber concepções da doença como castigo ou sanção, recebidos como compensação para a “transgressão das leis divinas”; concepção esta recorrente para aqueles que vivem ou viveram a experiência de uma doença de longa duração como o câncer, transtorno mental, a hanseníase ou o HIV/AIDS, entre outras. Também, é possível ver discutida a ideia do doente como foco de infecção, cuja doença deve ser barrada para o bem da coletividade, o que o leva a pensar no “doente como objeto de “evitação” por motivo de ordem “profilática” e, assim, a produção social do estigma (NOGUEIRA, 2009).

Nesse sentido, os silêncios e segredos que permeiam várias condições de saúde, entre elas a saúde mental e a dependência de álcool e outras substâncias, são estigmatizadas pela população ou pelos profissionais de saúde (FORTNEY et al., 2005). A estigmatização ocorre quando pessoas atribuem rótulos e estereótipos negativos a determinados com-

portamentos (LIMA; VALA, 2004). Tal condição influencia direta ou indiretamente a condição de saúde da pessoa estigmatizada, levando a diversas consequências, inclusive ao agravamento da situação.

O estudo sobre o estigma social tem como marco teórico fundamental a obra de Erving Goffman, eminente sociólogo, pode ser considerado um dos pioneiros no estudo do fenômeno do estigma na doença mental e noutros campos. Na sua obra seminal *Stigma – Notes on the Management of Spoiled Identity*, o autor define sinteticamente o estigma como “...um atributo profundamente oneroso...” cujo portador “...é reduzido, nas nossas mentes, de uma pessoa completa e normal para uma pessoa maculada, diminuída”. Demonstra ainda, de uma forma clara, a magnitude que este fenômeno pode assumir: “Por definição...

nós (referindo-se aos “normais”) acredita-se que a pessoa com um estigma não é bem humana. Baseados nesta assumpção, é exercida variadas formas de discriminação... que reduzem as suas oportunidades na vida... Construía-se uma teoria do estigma, uma ideologia para explicar a sua inferioridade e que justifique o perigo que representa... Usamos termos específicos estigmatizantes ...” (GOFFMAN, 1963)

Mais recentemente, Link e Phelan (2001) conceptualizaram o estigma como decorrente de um conjunto de componentes inter-relacionados, nomeadamente a atribuição de um “rótulo” às diferenças interindividuais tidas como socialmente relevantes, a associação desse “rótulo” a características indesejáveis de acordo com estereótipos negativos cultural-

mente vigentes, a distinção entre o “nós” e “eles”, a perda de *status* e a discriminação que conduz a perda de oportunidades daqueles que são estigmatizados. Os autores enfatizam que a estigmatização é inteiramente contingente a assimetrias de poder em termos sociais, econômicos ou políticos.

Corrigan (2004), psiquiatra que também tem se dedicado extensamente ao estudo do estigma da doença mental, deu importantes contributos para a sua definição. Este autor decompõe o processo de estigmatização em quatro componentes: “indícios”, estereótipos, preconceitos e discriminação. Assim, os “indícios” são indicadores manifestos que podem assinalar a presença de doença mental (por exemplo, excêntridades do comportamento), embora de forma falível. Os estereótipos consistem em “estruturas de conhecimento”, generalizadas, relativas a um determinado grupo social, enquanto que o preconceito abrange as respostas cognitivas e afetivas negativas ao estereótipo, que conduzem a um comportamento ativo de exclusão ou evitamento à discriminação.

Apesar do estigma da doença mental não decorrer da presença de uma marca física óbvia e permanente, constitui para as pessoas com adoecimento psíquico uma importante fonte de sofrimento, com múltiplas repercussões, representando um obstáculo à concretização de projetos pessoais e um entrave no acesso aos cuidados de saúde, capaz ainda de minar a autoestima e o autoconceito da pessoa (XAVIER et al., 2013).

Embora se tenha avançado na caracterização dos usuários quanto à classificação em agudo e crônico em saúde mental, pouco se tem pesquisado e discutido acerca dos aspectos socioculturais envolvidos no adoecimento psíquico

de longa duração, com ênfase ao estigma. Tais aspectos permeiam a subjetividade e a vida coletiva dessas pessoas e, por esse motivo, deveriam ser considerados como relevantes, no entanto, ainda persiste a busca por meio da causalidade positivista e mecanicista biomédica que prioriza a relação entre o agente patogênico causador da doença e o organismo biologicamente enfermo.

Para tanto, neste capítulo, interessa fazer uma reflexão a respeito da rotulação e estigma que permeia a “doença mental crônica” como situação imutável, marcada pela fixidez de um estado de ser. Como, também, colocar na arena das discussões a concepção de “adoecimento mental de longa convivência”, que busca se relacionar às expectativas cotidianas do sujeito e as demandas sobre seu desempenho social.

LOUCURA À MARGEM DA SOCIEDADE: “doido é quem joga pedra, come merda e rasga dinheiro?”

Essas expressões ilustram o quanto é arraigado o entendimento de que a pessoa com transtorno mental se encontra sob condição que confere a ela anormalidade humana, colocando-a em posição de periculosidade, de incapacidade e de transgressão das normas morais sociais. Há, ainda, diferenças nas formas de compreensão do que seja o transtorno mental. Associam o transtorno mental a qualquer comportamento que coloca a pessoa fora da realidade, em uma nítida visão de que é assim que a maioria das pessoas vê os acometidos (CANDIDO et al.,2012).

O discurso depreciativo, por si só, gera o estigma, o afastamento, o distanciamento e o medo. Pode-se afirmar que o preconceito existente frente às pessoas que vivem e

convivem com o adoecimento psíquico e expressam, claramente, que a origem do preconceito se encontra na desinformação, no desconhecimento, gerando nas pessoas a imagem e o estereótipo de periculosidade e agressividade.

Segundo Durkheim (1974), essa estrutura política da sociedade não é mais do que o modo pelo qual os diferentes segmentos que a compõem tomaram o hábito de viver uns com os outros. Ou seja, são as maneiras de agir, são as regras implícitas pela sociedade desde o nascimento do indivíduo, que predizem o modo de comportamento social que se deve ter diante dos outros, sendo empregada de forma coercitiva.

Dessa forma, não se pode negar que o imaginário social e cultural sobre o adoecimento psíquico de longa convivência leva à exclusão da pessoa adoecida da vida em sociedade. Para a família, a pessoa com adoecimento psíquico representa em sua maioria uma “cruz a ser carregada”, um “sofrimento” um “fardo” coletivo, em certa medida, compartilhado com outros membros da comunidade. Para a pessoa adoecida, esta experiência não pode sequer ser compreendida pelos outros, em virtude das diferenças de percepção e experiências. Em outras palavras, a pessoa que sofre psiquicamente se vê confinada em sua própria experiência, como resultado das construções sociais a respeito de seu comportamento, que resultam da rotulação e estigmas decorrentes da imprevisibilidade, agressividade, recolhimento, exposição pública, amoralidade. Estes são apenas alguns dos comportamentos sociais, geralmente associados às pessoas que vivem e convivem com o adoecimento psíquico que podem resultar em total exclusão do convívio social ou público (CAROSO; RODRIGUES, 2008).

Percebe-se que o que há em comum nessas expressões como forma de se dirigir a uma pessoa em adoecimento psíquico é a ideia de estigma com relação a esses sujeitos. A partir de Goffman (1988), percebe-se que a sociedade moderna tende a construir determinados atores sociais que possuem atributos valorados como inferiores em relação aos valores mais nobres e sagrados dessa sociedade, como párias, marginais, abandonados, entre outras denominações.

Considerando que a compreensão do estigma existente sobre a pessoa que tem transtorno mental é condição *sine qua non* para que haja mudança de pensamentos e atitudes e, portanto, sejam viabilizadas medidas para sua redução, necessário se faz identificar estratégias que estejam ao alcance da comunidade local e que tenham poder de transformação nas condutas dessas pessoas, a fim de ampliar os espaços de debate e minimizar atitudes discriminatórias (CANDIDO et al., 2012).

A quebra das barreiras culturais em torno da saúde mental, por meio de sujeitos multiplicadores, aponta horizontes correspondentes às expectativas que se têm quanto à redução do estigma, já que não se ensinam ou se repassam fórmulas prontas, mas se oferecem oportunidades de os próprios agentes sociais construir suas concepções em torno da percepção do “louco” como ser-existente. Isso requer que o tema continue a ser discutido nos diversos grupos sociais e que projetos/ações para redução do preconceito consigam transformar concepções tradicionais/conservadoras em um novo paradigma de saúde mental.

(DES)PRODUÇÃO DA “CRONICIDADE MENTAL” POR MEIO DA INSTITUCIONALIZAÇÃO

A preocupação típica do campo da saúde mental com a institucionalização das pessoas com transtornos mentais encontra correspondentes na literatura médica mais ampla. Ainda na década de setenta, uma pesquisa indicou os malefícios da hospitalização redundante, definida como “a permanência desnecessária do paciente no ambiente hospitalar” (CORDEIRO et al., 1977, pág 121).

Várias abordagens na moderna psiquiatria, influenciadas pela sensibilidade aos fatores culturais consideram que a vida em comunidade, longe de instituições psiquiátricas, é fundamental para a reconstrução da identidade e ressocialização das pessoas com adoecimento psíquico de longa convivência que se situam nos limites das possibilidades de acompanhamento.

A hospitalização excessiva é muito comum nos casos de pessoas que sofrem de adoecimento psíquico, raramente encontrando justificativas médicas plausíveis para a sua permanência na instituição. Disto resulta prejuízo aos pacientes (como infecções hospitalares e hospitalismo), um desperdício de leitos-dia, a despersonalização do enfermo, favorecimento do estigma, sensação de isolamento do contato familiar e aumento de mortalidade (CORDEIRO et al. 1977). A hospitalização torna-se altamente dispendiosa, trazendo, conseqüentemente, prejuízos para a população em geral, como a diminuição da cobertura da assistência, que se volta excessivamente para menor parcela da população.

De modo geral, os estudos encontrados sobre as doenças crônicas não as toma como consequência de uma relação institucional, mas como decorrentes de problemas orgânicos, provenientes da transição demográfica e, portanto, do envelhecimento populacional, exigindo medidas paliativas. As relações sociais que se estabelecem a partir da doença podem agravá-la ou diminuir seus prejuízos, partindo-se dos pressupostos de que há uma doença *a priori*.

Pensar acriticamente sobre essa institucionalização psiquiátrica pode colaborar para que não se compreenda e negligencie sua contribuição para o processo de tornar os enfermos crônicos. Assim, acaba reproduzindo pacientes institucionalizados na tentativa de acolhê-los ou salvaguardá-los de situações externas de riscos para si ou para outrem.

Ou seja, na literatura médica clássica, as doenças crônicas são tomadas como consequência de um processo meramente biológico e orgânico. Esta mesma ideia, se aplicada na psiquiatria, pode favorecer ainda mais a cronificação das ditas “doenças mentais”. Se nas instituições psiquiátricas as doenças mentais são tomadas naturalmente como crônicas e tratadas como tal, aumenta ainda mais a relação de dependência do internado com a instituição, e diminui a sua chance de sair deste quadro supostamente “crônico”.

Tradicionalmente, a cronicidade tem sido considerada como um aspecto intrínseco ao adoecimento mental. Esta noção, tão antiga quanto à própria psiquiatria, encontra sua origem na concepção pineliana de alienação, e vem sendo reconfirmada ou reeditada por noções outras, como degeneração e demência precoce (Morel) e, mais recentemente,

história natural da doença (HDN, por Leavell e Clarck). As doenças mentais têm um curso desfavorável *per se*, com prognósticos sombrios, mesmo quando são consideradas “curáveis” (PANDE; AMARANTE, 2011).

Resende (2001) afirma que a partir do final do século XVIII, o cuidado aos loucos saiu do campo das internações nos hospitais gerais, regidos pela lógica da caridade, adentrando no domínio médico, responsável pela cura dos alienados. Além de Pinel, na França, outros atores e movimentos se expandiram pelo Ocidente, tendo como representantes da medicalização da loucura Tuke, na Inglaterra; Chiaruggi, na Itália; Todd, nos Estados Unidos, entre outros.

Pinel, ao fundar a primeira especialidade médica, no final do século XVIII, conferiu ao louco o caráter de alienado, o que significa “estar fora de si próprio, de tornar-se um outro, de perder a consciência de si e das coisas” (AMARANTE 1996. p. 42).

A loucura ganhou estatuto de doença mental, conferindo ao manicômio lugar privilegiado de tratamento. De acordo com Amarante (1996), ao mesmo tempo em que Pinel define um estatuto patológico para a loucura, também abre possibilidades terapêuticas: “Pinel levanta a possibilidade de cura da loucura, por meio do tratamento moral” (p.42). O tratamento era baseado na reeducação, uma vez que, dentre as causas da loucura, Pinel encontrava aquelas de ordem moral.

A associação entre cronicidade e mortalidade não é exclusiva do campo das doenças orgânicas, podendo ser apreendida também no campo das alienações mentais. São

curiosos os registros que apontam, ainda em finais do século XIX, que as mortes no hospício eram largamente explicadas pela incurabilidade da alienação mental.

Muitos autores consideram o hospital psiquiátrico como eminentemente iatrogênico, contribuindo para um processo de cronificação dos internos (Basaglia 2005, Cooper 1989, Goffman 2003, 2005, Barton 1966). Ao tomar para si a tarefa de “curar” os pacientes psiquiátricos, o hospício favorece, através de seu cotidiano e das relações que ali se estabelecem, o aumento ou mesmo a criação de sua cronicidade.

Se para a psiquiatria clássica a cronificação coincide com o processo natural da evolução da doença mental, para estes autores esta é consequência do modelo asilar. Alguns dos representantes mais notórios deste pensamento são Goffman, que introduziu os conceitos de instituição total e mortificação do eu; Basaglia, que transmitiu a ideia de poder institucionalizante; Barton, com o termo *neurose institucional*; e Cooper, com *violência institucional*. Para esses autores, a cronificação era mais consequência do paradigma psiquiátrico (incluindo aí o entendimento social a respeito da loucura e a ciência que o legitima), baseado na segregação, no alheamento, no isolamento, do que de uma suposta “doença mental”.

A psiquiatria contemporânea, a despeito das inúmeras transformações que se sucederam desde então, ainda encontra muitos representantes da noção de que a cronicidade faz parte da natureza da doença mental. É necessário o entendimento de que as condições crônicas abrangem não só as

doenças crônicas, portanto o cuidado deve considerar as limitações físicas mas, também, a experiência de adoecimento como uma construção social, rompendo com a perspectiva tradicionalmente sustentada pelos profissionais de saúde sobre a doença (CANESQUI, 2007).

Nesse sentido, com os princípios da reforma psiquiátrica brasileira, supõe-se a superação do modelo asilar, subentendendo que a instauração de novos serviços, de portas abertas, de base territorial, com maior interlocução com a comunidade, proporcionaria um curso diferente daquele atribuído à suposta doença mental. No entanto, com o surgimento dos novos serviços, retornam a crítica à institucionalização e à reflexão sobre a “nova cronicidade”, assim como o entendimento de que tais serviços podem criar novas formas de institucionalização, cronificação ou, até mesmo, manicomialização (MIELKE et al., 2009).

A preocupação com o tema da “nova cronicidade” no âmbito dos serviços de atenção psicossocial tem surgido, recentemente, à medida que se evidenciam os grandes desafios na construção de serviços de fato inovadores (AMARANTE; TORRE, 2001).

Autores apontam a existência da “nova cronicidade” vinculada aos novos serviços. Pepper et al., (2000) destacam mais a característica dos pacientes adultos jovens crônicos, perspectiva ligada ao entendimento tradicional de que parte da clientela dos serviços de saúde mental é crônica por sua natureza. Entendem que esses novos crônicos fazem uso recorrente, porém pouco resolutivos, dos serviços de saúde mental.

Desviat (1999) defende a posição de que, a despeito da mudança na atenção à saúde mental, em que a cura foi substituída pelo cuidado, e em que maiores são os esforços em aumentar a autonomia e a qualidade de vida dos pacientes, “é preciso aceitar a cronicidade e a limitação da eficácia reabilitadora”. Classifica quatro tipos de nova cronicidade: 1 – Remanescentes institucionais – são, de acordo com a literatura norte-americana, os tipo *hard core*, dificilmente desinstitucionalizáveis e que retornam aos hospitais após tentativas de inserção nos novos serviços; 2 – Crônicos externalizados – são pacientes com longas internações em hospitais psiquiátricos que receberam alta devido à política de “redução de leitos”; 3 – Usuários crônicos dos ambulatórios – pacientes que chegam a ser crônicos sem nunca haver sido internados; são os eternos demandantes dos ambulatórios e dos centros psicossociais; não seguem tratamento regular porque não querem se deparar com seus conflitos internos e não sustentam a relação terapêutica; 4 – Pacientes adultos jovens crônicos (YACP, sigla em inglês) – relativo a pacientes sem internações prolongadas, com comportamentos regredidos, quadros clínicos variados, dificuldade de adaptação social e uso “inapropriado” dos serviços, causando estresse aos profissionais.

Também, Rotelli et al. (2001) defendem a ideia de que a nova cronicidade é produto das práticas reformistas, que apostam na “liberação” do controle social exercido pela psiquiatria e procuraram resgatar seu aspecto terapêutico. O resultado foi um sistema complexo que, somente reproduzindo a desospitalização, acaba por selecionar, decompor não se responsabilizar e abandonar.

As perspectivas estão presentes em um jogo de forças que compõe diferentes desenhos de acordo com a ocasião. Em estudo, os colaboradores (PANDE; AMARANTE, 2011), afirmam que o reconhecimento dos riscos da institucionalização por parte dos técnicos da assistência e de gestores é fundamental para que tais problemas possam ser minimizados. A consciência e a crítica a esses fatores são elementos de mudança necessária no processo de transformação do modelo de atenção à saúde mental. O CAPS, como principal serviço substitutivo deve utilizar, na medida do possível, estratégias e recursos existentes no território, procurando não se centrar exclusiva ou majoritariamente nas próprias atividades ou ações do serviço. Isso favorecerá o exercício da autonomia dos usuários, indo contra o risco da produção de uma nova cronicidade ou institucionalização.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.

AMARANTE, P. D. C.; TORRE, E. H. G. A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na reforma psiquiátrica no Brasil. **Saúde em Debate**. 25(58):26-34, 2001.

BARTON, R. **Institutional neurosis**. Bristol: John Wright & Sons LTD., 1966.

BASAGLIA, F. A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização: mortificação e liberdade do “espaço fechado”. In: AMARANTE, P. (Org.) **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. p. 23-34.

CANDIDO, M. R et al. Concepts and prejudices on mental disorders: a necessary debate. Conceitos e preconceitos sobre transtornos mentais: um debate necessário. SMAD. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.) [online]**. vol.8, n.3, pp. 110-117. ISSN 1806-6976, 2012.

CANESQUI, A. M. (Org.). **Ciências Sociais e Saúde**. v. 1. São Paulo: Hucitec, 1997.

CANESQUI, A. M. **Adoecimentos e sofrimentos de longa duração**. São Paulo: Hucitec, 2013.

CANESQUI, A. M. **Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos**. São Paulo: Hucitec/Fapesp, p. 149, 2007.

CAROSO, C.; RODRIGUES, N. **Doença mental crônica e tecnologias comunitárias de manejo terapêutico**. Cultura, tecnologias em saúde e medicina: perspectiva antropológica. Salvador: EDUFBA, 2008.

COOPER, D. **Psiquiatria e Antipsiquiatria**. São Paulo: Perspectiva, 1989.

CORDEIRO, H. A.; KOIFFMAN, R.; NEVES, J. R. M.; OLIVEIRA, C. M.; GOULART, M. V.; LAZZARO, N et al. Programa de tratamento integral de pacientes crônicos do Hospital das Clínicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. I – Etapa Diagnóstica. **Revista de Saúde Pública**, 11:119-33, 1977.

CORRIGAN, P. How stigma interferes with mental health care. **American Psychologist**, 59(7): 614-625, 2004.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. (Coleção Loucura & Civilização). Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

DESVIAT, M.; LIRIA, A. F.; OLMEDO, G. R. La nueva cronicidad. In: ESPINOSA, J. I. (Org.) **Cronicidad en psiquiatria**. Madrid: Asociacion Española de Neuropsiquiatria; p. 305-358, 1986.

DUARTE, L. F. D. **Da Vida Nervosa nas Classes Trabalhadoras Urbanas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar / CNPq, 1986.

DURKHEIM, É. **As regras do método sociológico**. 6. ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1974.

FORTNEY, J.; MUKHERJEE, S.; CURRAN, G.; FORTNEY, S.; HAN, X.; BOOTH, B. M. Factors associated with perceived stigma for alcohol use and treatment among at-risk drinkers. **Behav Health Serv Res**. 31(4):418-29, 2005.

GOFFMAN, E. A carreira moral do doente mental. In: **Manicômios, prisões e conventos**. GOFFMAN, E Rio de Janeiro: Perspectiva, 2005

GOFFMAN, E. **Estigma**: Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada. Rio de Janeiro: LTC. 1988.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: **Perspectiva**, 2003.

_____. **Stigma** – Notes on the Management of Spoiled Identity. London: Penguin Books, 1963.

LIMA, M. E. O; VALA, J. Serão os estereótipos e o preconceito inevitáveis? O monstro da automaticidade. In: LIMA, M.E.O.; PEREIRA, M.E. (Orgs.). **Estereótipos, preconceitos e discriminação**. Perspectivas teóricas e metodológicas. Salvador: EDUFBA, p. 41-68, 2004.

LINK, B. G.; PHELAN, J. C. Conceptualizing stigma. **Annu Rev Sociol**. 27: 363-85, 2001.

MAKSUD, I. “DOENÇAS/ADOCIMENTOS/SOFRIMENTOS DE LONGA DURAÇÃO”: diálogos das Ciências Sociais com a Saúde Coletiva. **POLÍTICA & TRABALHO. Revista de Ciências Sociais [online]**. Nº 42, p. 197-209. ISSN 1517-5901 jan/jun. 2015.

MIELKE, F. B.; KANTORSKI, L. P.; JARDIM, V. M. R.; OLSCHOWSKY, A.; MACHADO, M. S. O cuidado em saúde mental no Caps no entendimento dos profissionais. **Ciênc Saúde Colet.** 14(1):159-164, 2009.

NOGUEIRA, O. **Vozes de Campos do Jordão: experiências sociais e psíquicas do tuberculoso pulmonar no Estado de São Paulo.** 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. (Coleção História e Saúde; Clássicos e Fontes).

PANDE, M. N. R.; AMARANTE, P. D. C. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. **Ciênc. saúde coletiva [online].** 2011, v. 16, n. 4, p. 2067-2076. ISSN 1413-8123. <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000400006>>.

RABELO, M. C.; ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. (Orgs.). **Experiência da doença e narrativa.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (Orgs.). **Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil.** Petrópolis: Vozes, p.15-73, 2001.

ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO F. (Org.). **Desinstitucionalização.** São Paulo: Hucitec, p. 17-59, 2001.

XAVIER, S.; KLUT, C.; NETO, A.; da PONTE, G.; MELO, J. C. O Estigma da Doença Mental: Que Caminho Percorremos?. **Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE.**vol. 11. n.º 2, dez. 2013.

“A GENTE FICA PRA LÁ E PRA CÁ, SE CANSA, SE DESGASTA”: A ARTICULAÇÃO ENTRE OS SABERES E PRÁTICAS NA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

Carliene Bezerra da Costa

Maria Salete Bessa Jorge

CONTEXTUALIZANDO

A assistência à saúde prestada às pessoas com adoecimento mental, antes da Reforma Psiquiátrica, era baseada no modelo biomédico hospitalocêntrico, transformando a loucura em doença e distanciando as pessoas do convívio social. Receberam, por muitos anos, uma atenção baseada apenas no saber médico, a qual encontrava nos grandes hospitais psiquiátricos os únicos locais de tratamento, nunca buscando compreender toda a complexidade inerente ao sofrimento psíquico.

No Brasil, o movimento social pela superação do modelo psiquiátrico tradicional foi iniciado, no final da década de 1970, pelos trabalhadores de saúde mental. Surge, então, com a Reforma Psiquiátrica uma nova forma de abordagem de assistência, uma atenção mais humanizada e efetiva, e uma alternativa de tratamento extra-hospitalar, diferente

daquela estrutura manicomial, como tentativa de resgatar o convívio social dessas pessoas (AMARANTE, 2007).

Assim, a busca pela integralidade passou a ser uma diretriz almejada desde a reforma sanitária e reforma psiquiátrica, que ao longo da história alcançam resultados positivos com o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Na saúde mental, o movimento foi mais lento, no entanto, significativo, pois houve um processo de substituição dos serviços, como a diminuição progressiva dos hospitais psiquiátricos e substituição por serviços de atenção psicossocial e inserção na comunidade (JORGE et al, 2011).

Através das buscas por reformas e ações de luta pela superação do modelo hospitalocêntrico de tratamento psiquiátrico e de toda violência daí advinda, novas ações sociais e políticas foram criadas para dar início a novas formas de lidar com o adoecimento mental. Esse novo modo de prestar assistência a essas pessoas demonstra como esta vem sendo sentida de forma positiva para aqueles que vivenciaram a experiência asilar (AMARANTE et al, 2012).

Para tanto, passou-se a tratar o sujeito em sua existência, levando em consideração as suas experiências vividas e as suas condições concretas de vida. O tratamento deixa de ser baseado nos sinais e sintomas da doença, na exclusão social em espaços de violência e na morte do convívio social, para tornar-se um momento de escuta, de criação de possibilidades concretas de subjetivação e de estímulo à interação social na comunidade (PITTA, 2011).

Diante dessa nova perspectiva de assistência à pessoa em adoecimento mental, preconiza-se a descentralização

dos serviços e das ações em saúde, desfragmentando as ideias e as práticas manicomialis, destacando a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como serviços de saúde primordiais para o cuidado em saúde mental.

A assistência se constrói mediante um novo arranjo de saberes e práticas, emergindo, assim, surge o desafio de construir um cuidado articulado entre os diferentes níveis e setores de atenção, apoiados na proximidade, no vínculo e na cobertura territorial dos problemas de saúde. Tanto a ESF, como o CAPS tornaram-se os ordenadores das ações de saúde mental, sendo dois fundamentais eixos norteadores de práticas responsáveis pela promoção da saúde de um determinado território (DELFINI et al, 2009).

Desse modo, é necessário um processo de reorganização de fluxos e serviços que articulem os níveis de atenção, neste caso, ações da Atenção Primária à Saúde (APS) conectada com as ações de saúde mental, uma vez que o objetivo fim é a atenção integral à pessoa. Assim, a inclusão de ações de saúde mental na APS, por meio do apoio de equipes especializadas, pode representar um avanço na consolidação da reforma psiquiátrica e cuidado em saúde, significando, dessa maneira, maior resolubilidade das ações de saúde mental.

A rede hierarquizada de atenção à saúde integral requisita o fortalecimento de cada *lôcus* de intervenção (primária, secundária e terciária). Torna-se relevante fortalecer as funções e perfis assistenciais de cada nível de atenção que compõem a rede. No entanto, sem dividir excessivamente as

margens assistenciais que possam dar condições a uma articulação integrada. Na área da saúde mental, a fragmentação e parcialização do cuidado dificultam e estreitam a possibilidade emancipatória e inclusiva dos sujeitos em seus projetos terapêuticos (MENDES, 2011).

Contudo, as dificuldades do tornar pleno o processo resolutivo da atenção em saúde mental ocorrem, principalmente, pela articulação ainda frágil dos serviços de saúde, redes sociais e intersetorialidade. O sofrimento ou transtorno psíquico é apenas um elemento nessa trajetória social que se caracteriza por consequência e causa concomitantes. As condições sociais e a sobrevivência do usuário no mundo contemporâneo advêm da realidade comum a toda população (JORGE et al, 2011; PINTO et al, 2012).

A entender que o cuidado se desenvolve mediante a corresponsabilização dos diversos atores em saúde – incluindo principalmente os próprios usuários – de instâncias sociais, busca-se problematizar, como égide dessa temática, os conflitos e os diálogos que emergem nos encontros das relações estabelecidas entre os usuários e os trabalhadores de saúde da ESF e do CAPS. Pretende-se, ao findar-se tal estudo, o constructo de um saber capaz de fortalecer estratégias para a assistência em saúde mental, persistindo na luta por direitos à vida e à saúde de forma integral e resolutiva.

Objetiva-se compreender a articulação entre os saberes e as práticas que fomentam a assistência em saúde mental na Estratégia Saúde da Família e no Centro de Atenção Psicossocial.

METODOLOGIA

Para a realização da presente pesquisa, optou-se por um referencial metodológico que abordasse o sujeito de uma forma singular. Desse modo, optou-se por um estudo de abordagem qualitativa e numa perspectiva hermenêutica fenomenológica de Paul Ricoeur (1976), a fim de se preservar as características subjetivas e significativas de episódios da vida cotidiana dos sujeitos escolhidos.

A pesquisa realizou-se no município de Fortaleza, capital do estado do Ceará, adotando como ponto de partida o Centro de Atenção Psicossocial Geral (CAPS Geral) em Fortaleza. A escolha desse serviço foi em virtude desta estar pactuada com a Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do município com a Universidade Estadual do Ceará (UECE). Esta Instituição de Ensino Superior (IES) assume a corresponsabilidade sanitária acerca da saúde da população concernente a esse território, objetivando contribuir para a melhoria da assistência por meio da produção de conhecimento e divulgação de resultados que poderão contribuir para as políticas públicas.

Os participantes foram três usuários que fazem acompanhamento no local escolhido, bem como cinco profissionais de saúde deste serviço. Estes sujeitos narram suas experiências singulares no acompanhamento e na vivência da realidade que se insere às múltiplas dimensões do processo de saúde-adoecimento, por isso foram escolhidos, pois se relacionam direta ou indiretamente com os serviços de saúde e atuam de modo a construir os fluxos na busca de assistência integral.

Os critérios de inclusão da pesquisa foram ser pessoas com adoecimento mental grave, utilizar os serviços de saúde da rede psicossocial, está fazendo tratamento no CAPS e querer participar da pesquisa. Como critérios de exclusão adotados, se excluíram da amostra, pessoas que apresentarem dificuldade na fala ou desorientação espaço-temporal. Em relação aos profissionais de saúde, os critérios de inclusão foram trabalhar no serviço a mais de seis meses e querer participar da pesquisa.

Para reconhecimento e primeiro contato com os usuários que foram entrevistados, foi fundamental o auxílio recebido dos profissionais do CAPS. Tal auxílio foi orientado pela descrição dos critérios de inclusão e exclusão, ou seja, situações exemplares para chegar aos sujeitos elegíveis. Assim, os usuários foram indicados pelos profissionais deste serviço formal de saúde. A partir desta identificação era feito um primeiro contato com os sujeitos, por intermédio dos profissionais, o qual foi apresentado à pesquisadora e ao estudo, bem como era verificado a aceitação da participação na mesma.

Neste estudo, optou-se por uma modalidade que trabalhe com a fala, a linguagem e as percepções, para tanto, o levantamento das informações foram utilizadas por técnicas como a entrevista aberta em profundidade para as pessoas em adoecimento mental grave, entrevista semiestruturada com os profissionais e a observação com diário de campo.

Todos os participantes responderam a entrevistas que foram gravadas em equipamento de áudio, no momento da entrevista, após o consentimento deles. Foram utilizadas tam-

bém as informações registradas em diário de campo, obtidas em conversas informais, nos encontros realizados nos cenários visitados e no cotidiano durante a pesquisa dentro do CAPS.

Para a discussão da temática utilizou-se a orientação da interpretação das narrativas com base na hermenêutica fenomenológica proposto por Paul Ricoeur (1989). Esta pesquisa trata de objetos complexos que, portanto, necessitam de uma análise profunda, permeada de interpretações e compreensões das significações imbuídas no texto.

Após a transcrição literal das narrativas, que capturam as experiências vividas, é seguido o processo de tematização, que se inicia com as primeiras leituras exaustivas, buscando nos textos unidades de significado, ou seja, elementos textuais que, devido ao sentido que apresentam, auxiliam na compreensão do fenômeno. As primeiras unidades de significado são seguidas por inúmeras outras que possibilitarão o refinamento das unidades iniciais. Nesta etapa, confrontamos, reincorporamos, reformulamos e descartamos unidades, até definirmos aquelas que não possam mais ser religadas ou reduzidas. Para tanto, necessita de um movimento de leituras e reflexões, que permite o aprofundamento da interpretação dos discursos descritos (D'ESPOSITO; NEVES, 2015).

Assim, buscamos, inicialmente, após inúmeras leituras, encontrar as unidades de significação, com pequenos fragmentos de discurso, ou seja, subtemas mais profundos que podem estar expressos ou imbuídos no texto, para, então, após inúmeras leituras chegar ao entendimento sobre o fenômeno estudado e legitimar as compreensões e interpretações até chegarmos à definição dos temas.

Para garantir o anonimato e sigilo quanto à autoria das respostas dos entrevistados e observados, os nomes foram constituídos por dois grupos de informantes: Grupo I – 3 Usuários; e Grupo II – 5 Profissionais que atuam no CAPS, sendo estes: 1 enfermeiro, 1 psicólogo, 1 terapeuta ocupacional, 1 assistente social e 1 médico.

Esta pesquisa trata-se de um recorte do projeto intitulado “Inquérito multicêntrico sobre o funcionamento da Atenção Básica à Saúde e do acesso à Atenção Especializada em regiões metropolitanas brasileiras”, coordenado pelo Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos, tendo como a Prof. Dra. Maria Salete Bessa Jorge representante da Universidade Estadual do Ceará (UECE). O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UECE, tendo o número de parecer N° 948.554 e financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Centro de Atenção Psicossocial: potencialidades e desafios no cuidado em Saúde Mental

Com resgate das histórias vividas e narradas pelos próprios usuários foi possível compreender os modos de subjetivações determinados pelo seu contexto histórico e social. Observa-se nos discursos uma visão ampliada dos sujeitos, com cenários que se retratam em cotidianos solitários, com vínculos familiares e rede social de apoio fragilizada, além de sofrimento em viver numa sociedade com preconceito.

Por isso, o cuidado requer estratégias em saúde que estejam ampliadas à integralidade dos usuários. Ações, para além de atender bem e de aliviar o sofrimento e o sintoma, que estejam articuladas com os outros setores da sociedade para a melhoria de suas condições de vida e de saúde. Isso reflete que a assistência em saúde mental não pode ser centralizada na doença. Percebe-se que as necessidades das usuárias em saúde mental estão irreduzivelmente singulares e interdependentes ao seu cotidiano social e econômico.

Vale ressaltar que conhecer o usuário em sua totalidade em saúde mental não é tarefa fácil, pois os caminhos da saúde ainda são pedregosos e fortemente demarcados pela hegemonia do modelo manicomial, que ao invés de aproximar-se da história do sujeito, respeitando sua subjetividade, reproduz cuidados tecnicistas voltados para procedimentos e cabe ao usuário apenas o papel de alienado mental, reduzindo-o à passividade e à inércia frente ao seu tratamento (AMARANTE, 2007). Diante dessa problemática, os próprios profissionais refletem estratégias mais resolutivas:

É possível contribuir mais com os usuários, com grupos de apoio, de música, de dança, de conversa. Mas, para isso, é preciso organizar o cronograma. A gente poderia fazer atividades culturais, esportivas, para não ficar só em medicação, psicoterapia. O paciente pede mais da gente (Grupo II).

Eles adoram quando a gente organiza os grupos, organiza passeios para ir com eles, na verdade a gente entende que eles precisam, embora o tempo seja curto, nós tentamos organizar essas atividades para melhorar as relações desses usuários (Grupo II).

Dessa forma, compreende-se, na perspectiva dos profissionais, que para produzir cuidados pautados em serviços de saúde é necessário privilegiar atividades que promovam encontros relacionais e que ofereçam espaço para explorar a multiplicidade do ser em existência emergir.

As experiências apreendidas no cotidiano dos serviços, juntamente com as percepções descritas em diário de campo, revelam o estabelecimento de vínculo relacional como egi de máxima na produção do cuidado desses usuários no serviço do CAPS. O desvelar dos discursos remete-se à potência da relação intersubjetiva que se estabelece nos encontros entre atores de saúde.

Eu cheguei aqui muito agressiva aqui no Caps, aí encontrei pessoas que me dão atenção, apoio, cuidado. Eles são interessados, escutam meus problemas e me ajudam a suportar as dificuldades do dia a dia. Hoje já melhorei muito, não sou a mesma de antes (Grupo I).

Aqui no Caps eu recebo o que não tenho em nenhum outro canto, eles me escutam, me dão atenção, amor, carinho. Sempre que preciso conversar com algum profissional eu consigo, essas coisas fazem a diferença nos meus dias (Grupo I).

Neste contexto, apreende-se na narrativa que, mediante o espaço do CAPS, desdobra-se o processo de resignificação dos sofrimentos vividos pelos usuários. Foi mediante os atos de acolher, de escutar e de buscar formas de produzir mais saúde do que doença que as usuárias conseguiram melhorias em sua qualidade de vida.

Compreende-se com Merhy (2007) que, à medida que as instâncias de saúde, com seus trabalhadores, conseguem facilitar encontros que ofereça espaço para a multiplicidade do ser em existência emergir, estão potencializando o resgate de sua autonomia. Autonomia, esta, que por vezes fora reprimida e dominada diante do modelo hegemônico biologicista.

Em suma, no tocante à égide máxima da produção do cuidado, a pesquisa preocupou-se em problematizar como as atividades oferecidas pelo serviço de saúde mental, produzem ou não alcances existenciais, enquanto melhoria para o bem-estar e qualidade de vida dos usuários. Estes colocam evoluções no seu processo saúde-doença após ter iniciado tratamento no CAPS. Confirma-se tal temática com os relatos:

Se não fosse aqui, eu já tinha matado algum filho meu. Eu era muito agressiva. Eu quebrava muito as coisas dentro de casa. Hoje eu tô bem. Hoje eu tomo medicação, falo dos meus problemas, não fico explodindo em casa, brigando e batendo nos meus filhos e netos. Era assim que eu era antes. Hoje eu sou outra pessoa. (Grupo I)

Eu passo a semana em casa com problemas com filho e marido, aí fico esperando chegar a terça-feira para colocar minhas tristezas no grupo e para as doutoras, elas recebem todo o abacaxi da gente. A gente conta a vida da gente todinha e vai ficando menos angustiada. (Grupo I)

Na leitura reflexiva e repetitiva das narrações, compreendeu-se que a produção do cuidado em saúde mental é influenciada por múltiplos determinantes, quais sejam: sociais, culturais, políticos, econômicos, históricos, entre

outros. Nessa seara, entende-se que a dimensão a considerar o indivíduo deve ser ampliada para o seu contexto social ao qual ele está inserido e para as relações que ele desenvolve em seu meio, com familiares, vizinhos e amigos. Dos discursos, apreende-se que há uma centralidade para as atividades realizadas no CAPS como os únicos momentos de socialização, como se observa:

Eu não tenho amigos, eu não tenho amizade com ninguém, a minha amizade é só comigo mesmo e Deus. Nem com meu marido eu converso. Só comigo mesmo. Quando eu tenho que conversar é aqui com minhas colegas que eu conheci no grupo e com minha psicóloga (Grupo I).

Discorre-se que essa dificuldade de vinculação com pessoas do seu convívio, traz repercussões para o modo como a produção do cuidado que irá se configurar, na medida em que se nota a fragilidade da sua rede social de apoio. Além disso, lembra-se a importância da dimensão familiar, que está localizada no meio social dos usuários, com seus atores privilegiados, tais como: família, amigos, vizinhos, comunidade. São as pessoas mais próximas do território do usuário que formam sua rede social de apoio (CECILIO, 2011).

É válido ressaltar, neste estudo, que a compreensão de território não se restringe à análise dos aspectos geográficos, pois se inclui a discussão sobre a dimensão contextual, onde desdobram múltiplas possibilidades de vida, mediadas pelo que há de mais próximo aos usuários – trabalho, escola, grupos comunitários – que são multideterminados pela cultura e pelos aspectos sócio-político-econômicos que o demarcam, em seu tempo e em seu espaço (LIMA; YASUI, 2013).

Dessa maneira, entrecruzar as categorias território e saúde é entender os processos saúde-doença que são irreduzivelmente singulares a cada espaço, a cada tempo e a cada lugar que se processa, em cada contexto social específico. A partir das narrativas dos usuários, percebeu-se que é no território que há as relações mais fragilizadas, a envolver conflitos, distanciamento, isolamento, como consequência da complexidade dos laços sociais e da difícil relação ainda em construção entre sociedade e saúde mental.

Em complemento a essa questão, tem-se ainda a frágil vinculação entre o CAPS e o Território do sujeito, onde os profissionais se sentem superlotados com atendimentos ambulatoriais, encontrando dificuldades para se inserir no território e a não utilização dos recursos do próprio território enquanto instrumento terapêutico. Os discursos que seguem revelam:

[...] Infelizmente, a gente tá pecando nisso aqui nesse CAPS, mas hoje a gente está tentando, pelo menos manter os pacientes mais organizados pra eles terem condições de buscarem outras coisas fora desse ambiente aqui. Nós estamos com alta demanda, pouco tempo e poucos profissionais, com mínimas de condições de ir ao território. (Grupo II)

O vínculo com o CAPS aparece como um espaço com um cuidado diferenciado, atravessado por vínculos de afeto, um cuidado corresponsabilizado no processo saúde-doença, com potencial resolubilidade no que concerne aos atendimentos ambulatoriais, conseguindo vincular com os pacientes e com outros pontos da rede de saúde, garantindo uma

maior potência ao projeto terapêutico singular e ao processo de produção do cuidado.

A Estratégia Saúde da Família no cuidado em Saúde Mental

Como visto anteriormente, o CAPS, mesmo com algumas fragilidades para operacionalizar suas práticas, foi apontado pelos usuários como um serviço resolutivo aos seus problemas de saúde. Em contrapartida, na perspectiva dos usuários, ESF foi considerada como incipiente para a resolubilidade da atenção, no tocante a sua produção de cuidado em saúde mental.

Apreende-se das narrativas, que o principal motivo do encaminhamento dos usuários da rede de saúde mental à Unidade Básica de Saúde (UBS) é demarcada pela falta de médico e medicação no CAPS. Isso fragiliza a interface entre centro de atenção psicossocial e estratégia saúde da família, à medida que não se tem estabelecido ao certo quais ações em saúde mental devem ser realizadas pela ESF, visto que a ida tanto de profissionais do Caps quanto de usuários são diretamente relacionados à falta de profissionais e de medicação no serviço de saúde mental.

Profissional do Caps relata tentativas de dialogar com a ESF, porém, “eles achavam que só estávamos com aquele discurso, porque, sem médico, precisávamos deles.” Além disso, as barreiras entre saúde mental e ESF se intensificam ainda mais à medida que “alguns profissionais da Atenção Básica insistem na opinião de que a saúde mental deve ser percebida apenas no CAPS e no hospital mental” (Grupo II).

A capacitação permanente dos profissionais da atenção primária para lidar com os usuários em adoecimento mental constituem o ponto de partida para reinvenção da prática em saúde mental, do exercício profissional, a partir de uma nova abordagem do processo saúde-doença, tornando-a parceira no acompanhamento desses usuários e na construção de redes de apoio e integração (OLIVEIRA et al, 2009).

Os usuários confirmam a prática de ida à Unidade Básica de Saúde em busca de medicação, mas relatam não serem acolhidos e respeitados enquanto cidadãos comuns que necessitam de assistência à saúde, como segue:

De três em três meses tô lá só pra pegar receitas. Se não fosse pra pegar medicamento eu nem ia lá. Eu não gosto de lá. Mas aí tenho que ir para passar no médico, aí o médico passa outra receita. Todos os remédios da pressão, das doidices [...] mas vou porque é o jeito. (Grupo I)

Lá é diferente. Porque lá eu não sei se é porque o pessoal lá não tá há muito tempo. Se lá o povo não entende o que é saúde mental. Lá você não recebe atenção. Tem profissional que passa por a gente como se fosse um animal, mas nem animal pode ser tratado assim. Aqui no Caps não, todo mundo me trata bem. Hoje eu tô bem aqui, tô bem de saúde. (Grupo I)

Em pesquisa realizada por Silva et al (2016), com profissionais de UBS, verificou-se que, embora a maioria dos trabalhadores já tenham participado de algum curso de qualificação/capacitação profissional em saúde mental, eles relataram não possuir preparo suficiente para lidar com a

demanda de saúde mental. Nas falas dos profissionais convergiram para a falta de qualificação/capacitação dos trabalhadores em lidar com o sofrimento mental, emergindo os seguintes elementos: o medo em conviver/lidar com o público em sofrimento mental e a confissão da incapacidade de implementar ações voltadas à promoção da saúde mental da população, que resultaram na dificuldade em gerar novas ações para os usuários da ESF acerca da promoção à saúde mental e à prevenção de agravos.

Houve, ainda, relatos sobre a dificuldade de resolubilidade na ESF, o qual é frequente a falta profissional de saúde suficiente para suprir a demanda da população, além da demora em conseguir a consulta médica, prejudicando o acompanhamento neste serviço. Além disso, discursos sobre a falta de ACS na sua vizinhança.

Lá é difícil arranjar médico, lá as consultas são pra daqui 3 meses. Enfermeiro nem sempre tem. Aí a pessoa vai doente e tem que esperar num sei quanto tempo [...] eu tenho diabetes e preciso ir lá muitas vezes pra conseguir, eu acho muito difícil ficar fazendo tratamento lá por isso (Grupo I).

Eu quase nunca consigo consulta quando tô precisando, às vezes preciso das minhas receitas, porque aqui falta médico, e tenho que esperar muitos meses pro dia da consulta com o médico no posto, mas num posso ficar sem meus remédios né! (Grupo I)

Em alguns relatos, uma das usuárias entrevistadas mostra-se descontente com o atendimento da ESF. Relata discriminação por conta dos profissionais da unidade, que

negaram atendimento referindo ser usuária do CAPS e teria que se consultar neste serviço. Narra que sempre frequentava a unidade básica antes de ser usuária do CAPS, mas depois que passou a fazer acompanhamento foi rejeitada pelos profissionais da unidade de saúde, não se sentindo acolhida. A equipe de saúde da família alegava que não podia receber pacientes que são do CAPS, logo sendo desassistida pelo serviço de saúde, tendo seu direito de consulta e recebimento de medicação gratuita negada.

Fui no posto de saúde e eu fui discriminada porque eu era usuária do Caps e disseram que não iriam atender paciente do Caps, só que antes de eu ser do Caps, eu era paciente do Posto. Quando eu era normal, eu digo assim, eles me atendiam como pessoa normal. Mas quando souberam que meu diagnóstico era do Caps, eles rejeitaram me atender (Grupo I).

Como uma das práticas mais referidas no âmbito da UBS em saúde mental, o olhar se volta para a doença e a medicalização (MOLINER; LOPES, 2013, OLIVEIRA et al, 2016), verificou-se, através dos relatos dos profissionais e dos usuários, que a assistência de saúde mental na ESF continua reproduzindo o modelo biomédico, enfatizado especialmente na clínica centrada no modelo biomédico e na prescrição de medicamentos.

A pesquisa aponta como égide máxima, a relação fragilizada e conflituosa entre saúde mental e estratégia saúde da família, enfatizando alguns pontos específicos que dificultam o processo de produção do cuidado ser resolutivo nessa seara: a formação profissional que não leva em conta

o uso de tecnologias leve-relacionais; falta de capacitação sobre saúde mental e integralidade do cuidado na atenção primária; a não priorização de ações e a não corresponsabilização em saúde mental por profissionais de saúde que não seja a médica com especialização; a dicotomia presente entre corpo-mente.

O emaranhar da Rede de Atenção Psicossocial

Os serviços de saúde mental estão inseridos na lógica organizacional e operacional da atenção à saúde em rede. Com a análise das narrativas, se faz possível discutir e problematizar a articulação entre os saberes e as práticas que fomentam a construção da Rede de Assistência à Saúde Mental (RASM).

Acerca dessa problemática, os profissionais referem à dificuldade do usuário caminhar nas redes de cuidado, devido ao fato ainda da relação sociedade e saúde mental atravessar uma situação de vulnerabilidade. Ainda é um desafio os serviços de saúde e dos setores da sociedade reconhecerem que o fato de fazer uso dos serviços de saúde mental não quer dizer que não precisem de mais nenhum outro ponto da rede. É visto nos relatos:

Muitas vezes, um dos nossos pacientes leva uma queda e quebra o braço, por exemplo, e vai para onde? Para o Frotinha, porque quebrou o braço, e quando chega lá, na entrada dizem “não, não é aqui não, é no Hospital Mental”, mas o cara não tá com problema na cabeça, ele tá resolvido. (Grupo II)

Acho que é porque os profissionais não conseguem ver o sujeito para além do seu transtorno mental. Isso é sempre comum nas queixas dos usuários, quando faz tratamento no Caps parece que a pessoa não vai mais precisar de um posto de saúde, de uma emergência [...] isso dificulta nosso trabalho, porque não temos como nos responsabilizar por tudo. (Grupo II).

A caminhada entre os diversos pontos da rede é atravessada por desafios para conseguir resolutividade das necessidades em saúde. O relato das usuárias expressam a dificuldade de manter um fluxo contínuo na rede e de forma resolutiva, tendo este que ficar indo e voltando entre serviços em busca de cuidado.

A gente fica pra lá e pra cá, pra lá e pra cá, se cansa, se desgasta. Isso porque precisamos de assistência e, várias vezes, ficamos desassistidos, sem conseguir consulta médica, sem conseguir as receitas [...] a gente sai de casa, passa muito tempo esperando atendimento e quando chega a pessoa diz que meu problema não resolve ali, é difícil (Grupo I).

É difícil quando encaminham a gente pra outro canto, porque muitas vezes não querem receber a gente no outro serviço, aí a gente fica dando viagem, se cansando, gastando dinheiro de passagem e não resolve o nosso problema. (Grupo I).

Compreende-se que, ainda, há a necessidade de se levar em pauta de discussão a não dicotomização “corporeamente”. É preciso frisar que existe um sujeito com história de vida, que caminha pela sociedade – educação, tra-

balho, saúde, comunidade – e que não sofre apenas de problemas mentais. No modelo manicomial tentavam-se resolver todos os problemas do sujeito dentro de instituições fechadas, tendo os pacientes suas vidas tuteladas. Hoje, preconiza-se perante a lei, que esse sujeito precisa ter seus direitos garantidos em *locus* na sociedade, assim como todos os outros cidadãos. A indignação acerca desse assunto, também é percebida nas falas das usuárias.

As pessoas não entendem que antes de eu ser vista como uma pessoa que faz tratamento no Caps, eu sou uma pessoa normal. Mas eu tenho problemas de saúde, como todas as outras pessoas, tenho problemas na tireoide, hipertensão. Preciso de atendimento pro corpo todo, não é só para a mente. A gente sofre muito. É muita discriminação. (Grupo I)

Eu só sou bem cuidada, bem tratada aqui no Caps. Lá no posto as pessoas nem olham na nossa cara, principalmente quando sabem que a gente é da saúde mental. Eu não sei se o problema sou eu ou é por que o povo não gosta dos usuários do Caps, discrimina, acha que é doído, nos trata assim (Grupo I).

Os profissionais convergem com a perspectiva de que, para a construção do projeto terapêutico singular e a possibilidade de um fluxo contínuo do usuário na rede, é de máxima importância a interconectividade entre as redes de serviços pela via informal, no qual os profissionais possam se encontrar e dialogar para acharem melhores soluções para os problemas de saúde dos usuários, tanto no interior do próprio CAPS, como entre os outros serviços da rede. Segue nos relatos:

[...] A gente não faz isso por escrito por que não funciona, mas a gente faz assim “Fulano, dá uma olhadinha nele, eu acho que ele tá precisando de uma coisa assim. Aqui no Caps, a gente conversa sem dificuldade nenhuma, a gente tem facilidade de chegar e dizer assim “Dr, dá uma olhadinha nisso, nessa medicação, ele tá reclamando disso, reclamando daquilo.” Em todas as instâncias a gente tem abertura. (Grupo II)

[...] Inclusive a gente tem aquelas fichas de fluxo e contrafluxo, a gente tem encontrado essa forma de fazer um encaminhamento para um posto, para um hospital, pra uma atenção mais especializada. Às vezes, é um problema de menopausa ou outra coisa, a gente tem encontrado essa abertura entre profissionais e as instâncias, embora alguns usuários reclamem que não foram bem atendidos. (Grupo II)

Temos como uma das principais dificuldades relatadas pelos profissionais do CAPS a falta de manejo da APS em lidar com as demandas em saúde mental que chegam cotidianamente ao serviço e a assistência ainda baseada no modelo biomédico, tratando a doença e não o sujeito. O contato com outros serviços se dá basicamente por encaminhamentos escritos e levados pelos usuários, no entanto os profissionais ficam sem a contrarreferência dos outros serviços.

Uma das maiores dificuldades é a grande demanda do serviço, a área de cobertura do CAPS geral é toda essa Regional e, além de acompanhar transtornos graves, a gente também está acompanhando transtornos leves, porque a atenção básica não

consegue lidar ou acompanhar esses pacientes e aí acabam vindo se refugiar aqui (Grupo II).

A ambiência de trabalho ainda é muito limitada em relação a promover o cuidado integral, seja pela questão do tempo ou pela constituição das equipes que são limitadas. Ainda há uma cultura extremamente manicomial, então assim, lugar de doído é no CAPS ou no Hospital, então os outros serviços acabam encaminhando sempre pra cá, mesmo sendo usuário perfil de posto (Grupo II).

A UBS encontra dificuldades em lidar com a demanda de saúde mental levando a fragilidade do acesso e o comprometimento da integralidade aos usuários de saúde mental. Assim, o Apoio Matricial é importante para o suporte dessas equipes, promove a articulação dos saberes e tem o potencial de permitir a construção de novos processos de trabalho que põem em questão a necessidade de deter maior conhecimento teórico-prático e informações de saúde mental (PINTO et al., 2012, MORAIS; TANAKA, 2012).

Os profissionais dimensionam a importância da intervenção mais elaborada, junto à rede, pois se sabe que é difícil, ainda, a aceitação de pessoas com transtornos mentais em outros espaços para além do CAPS. Assim, é preciso, principalmente nessa seara, a participação dos profissionais dialogando e caminhando junto com o usuário na rede, com o intuito de promover a flexibilização e a aceitação do usuário em toda a rede de cuidados em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidencia que no processo de produção de cuidado em saúde mental, se faz relevante ratificar que ainda é um grande desafio aproximar sociedade e usuários de saúde mental à medida que este tenha direito de espaço não somente em centros especializados, como o Caps, mas em todos os outros pontos da rede de saúde – atenção básica, secundária e terciária - e de assistência social de apoio.

É consubstancial afirmar, então, que o CAPS é apenas um dos pontos estratégicos na perspectiva do serviço de saúde em rede, que precisa se articular à rede básica, secundária e terciária de saúde, bem como à comunidade, respeitando a lógica da intersetorialidade. Além disso, é necessário um estreitamento de laços com a vida social do usuário, pois foi visto que esta é a dimensão que está mais fragilizada, precisando de mais atenção e cuidado.

Para concluir é preciso ressaltar que se o CAPS se sobre-responsabilizar sozinho pelo cuidado à saúde mental, se a ESF não fortalecer seus laços comunitários a promover saúde integral, se não criarem alternativas de mudanças de processos de trabalho a operacionalizar-se iminentes ao cotidiano comunitário, utilizando recursos do próprio, os serviços substitutivos propostos pela Reforma Psiquiátrica podem deixar de ser territórios a privilegiar vínculos terapêuticos de emancipação e participação social, o que é preconizado na política, para serem mantenedores de práticas de sujeição, alienação e dependência, práticas conhecidas do modelo manicomial.

Sendo assim, o presente estudo vem enfatizar que a produção do cuidado em saúde mental precisar buscar estratégias para além de uma transformação estrutural dos serviços, com alcance para um novo arranjo de atenção que potencialize o protagonismo dos atores em saúde e de vínculos corresponsabilizados que potencializem o resgate da autonomia, o protagonismo dos atores do cuidado e, sobretudo, afirmação de bem-estar social e qualidade de vida para os usuários.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P.; FREITAS, F.; NABUCO, E.; PANDE, M. N. R. Da diversidade da loucura à identidade da cultura: o movimento social cultural no campo da reforma psiquiátrica. **Cad. Bras. Saúde Mental**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 125-132, jan./jun. 2012.

CECILIO, L. C. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**. v. 15, n. 37, pag.: 589-599, 2011.

DELFINI, P. S., SATO, M. T., DE PAULO ANTONELLI, P., & DA SILVA GUIMARÃES, P. O. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.14, n.5, pag.:1483-1492, 2009.

D'ESPOSITO, M. E. W.; NEVES, R. C. Pesquisando a partir da perspectiva da complexidade na área de linguística Aplicada. **DELTA**. São Paulo, v. 3, n.1. p. 239-259, jun. 2015 .

JORGE, M. S. B., PINTO, D. M., QUINDERÉ, P. H. D., PINTO, A. G. A., DE SOUSA, F. S. P., & CAVALCANTE, C. M. Promoção da Saúde Mental–Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 7, pag.:3051-3060, 2011.

LIMA, E. M. F. A.; YASUI, S. **Territórios e sentidos**: espaço, cultura e cuidado na atenção em saúde mental. *Linha mestra*, n. 23, ago/dez, 2013.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MERHY, E. E. Os CAPS e seus trabalhadores no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: AMARAL, H.; MERHY, E. E. (Orgs.). **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, p. 55-66, 2007.

MOLINER, J.; LOPES, S. M. B. Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1072-1083, 2013.

MORAIS, A. P. P.; TANAKA, O. Y. Apoio matricial em saúde mental: alcances e limites na Atenção Básica. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 21, n. 1, p. 161-170, 2012.

OLIVEIRA, F. B.; GUEDES, H. K. A.; OLIVEIRA, T. B. S.; SILVA, J. C. C. Saúde mental e estratégia de saúde da família: uma articulação necessária. **Psychiatryonline Brasil**, v. 14, n. 9, 2009.

OLIVEIRA, I. C.; ROCHA, J.; ROCHA, R. A.; LOPES, V. A. et al. As percepções do cuidado em saúde mental pelos profissionais de saúde de uma Unidade Básica de Saúde do município de Itajaí -SC. **Sau. & Transf. Soc.** Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 44-53, 2016.

- PINTO, A. G. A.; JORGE, M. S. B.; VASCONCELOS, M. G. F.; SAMPAIO, J. J. C.; LIMA, G. P.; BASTOS, V. C.; SAMPAIO, H. A. C. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resoluibilidade. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 17, n. 3, p. 653-660, 2012.
- PITTA, A. M. F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011.
- RICOEUR, P. **Do texto à ação**. Porto: Rés, 1989.
- RICOEUR, P. **Teoria da interpretação**. Lisboa: Edições, 70; 1976.
- SILVA, G. R.; REIS, H. F. T.; SANTOS, E. M.; SOUZA, M. P. A. et al. Saúde mental na Atenção Primária à Saúde: percepções da equipe de saúde da família. **Cogitare Enferm**. v. 21, n. 2, pag.: 01-08, 2016.

PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE NA ASSISTÊNCIA A ADOLESCENTES USUÁRIOS DE **CRACK**

Lourdes Suelen Pontes Costa

Maria Salete Bessa Jorge

Paulo Henrique Dias Quinderé

INTRODUÇÃO

Na atualidade, o consumo de *crack* vem destacando-se como um problema de saúde pública por ser uma droga que vem sendo bastante consumida, apresentando características físico-químicas, que podem vir a ocasionar problemas de saúde, além do seu baixo valor financeiro, o que facilita a sua aquisição.

Mesmo sendo uma prática antiga, em tempos mais recentes, a droga ganhou destaque em debates entre vários segmentos sociais, uma vez que, também, é atual à sua percepção como algo problemático. Sendo na passagem do século XIX para o século XX que a droga passa a ser percebida como um fenômeno eminentemente contemporâneo (GONÇALVES, 2013).

Dessa forma, compreende-se que as práticas de cuidado envolvem dimensões biológica, psíquica, social e fa-

miliar, sendo importante que os profissionais considerem a subjetividade e a individualidade de cada sujeito. Com isso, os trabalhadores ficam mais propensos ao adoecimento.

Devido ao fato de que trabalho em saúde lida com a vida humana, envolve um grau de imprevisibilidade elevado e a possibilidade de inúmeras formas de intervenção, retratando um mundo dinâmico, no qual as situações raramente se repetem. Assim, torna-se importante a (re)invenção e experimentação de novas maneiras de executar a prática, uma vez que a singularidade dos envolvidos deve ser levada em consideração nos atos executados no cotidiano dos serviços. Sendo, essencial a indagação ética acerca dos efeitos dessas práticas. Com isso, acredita-se que o trabalho em saúde, pressupõe interação entre sujeitos e é dependente das potencialidades instituintes dos encontros realizados nos serviços de saúde. Dessa maneira, percebe-se o trabalho como *locus* privilegiado para a construção de novos saberes e de sujeitos protagonistas, no intercâmbio entre profissionais e comunidade (FARIAS; ARAÚJO, 2010).

De acordo com a OMS, são restritos os dados que equacionam o sofrimento psíquico advindo do trabalho, contudo estimam-se índices de 30% de transtornos mentais menores e de 5% a 10% de transtornos mentais graves entre trabalhadores em todo o mundo (BRASIL, 2001).

Para a realidade brasileira, encontrou-se prevalência de transtornos mentais entre trabalhadores ocupados próximos aos índices mundiais e constatou-se, também, que esses transtornos são os responsáveis pelo maior tempo de afastamento do trabalho por doença (JARDIM, 2001).

Dessa forma, entende-se que nos atos de cuidar em saúde, espera-se que sobressaia a dimensão do trabalho “vivo”, já que este opera com tecnologias de relações, de encontros entre subjetividades, espaços de acolhida e escuta, além dos saberes tecnológicos estruturados e dos equipamentos. Sem dúvida, o trabalho “morto” inscrito nos materiais, normas, rotinas, protocolos de atenção faz-se necessário para a elaboração de atos de saúde. Contudo, tais instrumentos não são suficientes para a produção de cuidado centrado nas necessidades dos usuários (MERHY, 1997).

Portanto, depreende-se que tal estudo torna-se importante, visto que é preciso que haja uma maior compreensão de como se estruturam os processos de trabalho na assistência aos adolescentes com problemas decorrentes do uso do *crack*, bem como as repercussões para a saúde dos trabalhadores.

Assim, a partir dessa problemática apresentada, emergiram alguns questionamentos acerca dessa temática: como se desenvolve o processo de trabalho dos profissionais que atuam na assistência à saúde de adolescentes usuários de *crack*?

Assim, objetivou-se analisar o processo de trabalho dos profissionais que atuam na assistência à saúde de adolescentes usuários de *crack* em Fortaleza, CE.

O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Farias e Araújo (2010) apud Marx (1975, p. 49) esclarecem a importância direcionada ao trabalho durante a construção da história da humanidade, assim por meio de um trecho perfeitamente condizente com uma leitura materialista da história, o autor afirma: “Atuando, assim, sobre

a natureza externa e modificando-a, o homem ao mesmo tempo transforma sua própria natureza”. Os mesmos autores mencionam os estudos de Engels (1974, p. 171) sobre a importância da sociabilidade, da atividade, da comunicação e do trabalho para a evolução ou hominização dos humanos, ao considerar que “O trabalho, dizem os economistas, é a fonte de toda a riqueza. Mas, é infinitamente mais. É a condição fundamental primeira de toda a vida humana, o trabalho criou o próprio homem”.

Com o surgimento do modelo toyotista, em meados do século XX, várias linhas de montagem foram substituídas por ilhas de produção, assim as células ou ilhas passaram a produzir com base em trocas entre os membros, responsabilidade compartilhada e salários vinculados à produção, com isso o controle tornou-se mais econômico, pois todos são controladores uns dos outros (DEJOURS, 1993), assim, Farias e Araújo (2010) propõem que muitas linhas de montagem foram substituídas por ilhas de produção.

No campo da saúde, os mesmos autores supracitados destacam que se trata de algo que dispõe de algumas peculiaridades, como a complexidade, o dinamismo e a criatividade onde o trabalho prescrito e o trabalho real se confrontam cotidianamente. A distinção entre ambos faz menção a uma série de manobras, desvios de regras, flexibilização de normas, acertos e jeitos próprios (*savoir faire*) que cada operador põe em ação, através da comunicação e de acordos entre pares ou pela sua própria inteligência astuciosa para que a tarefa possa acontecer e o trabalho possa ser realizado a contento. Assim, o trabalho prescrito refere-se a tudo que envolve o que está posto previamente (normas, tempo gasto

na operação, modo de utilizar ferramentas) e o trabalho real é aquele que acontece efetivamente no dia a dia, distante das condições ideais e idealizadas pelos administradores (FARIAS; ARAÚJO, 2010).

Ademais, a imprevisibilidade, fator presente no trabalho em saúde, o torna refratário à prescrição de tarefas padrões, na área a produção se corporifica em um encontro entre pessoas. Com isso, entende-se que o processo de trabalho em saúde é inteiramente dependente da relação entre sujeitos, sendo assim, um trabalhador isolado não é capaz de executar as ações em saúde, cuja produção se realiza no espaço partilhado com o usuário (MERHY, 2002).

Desse modo, é a partir do encontro que se torna possível as construções que possuem condições de impactar positivamente nos problemas de saúde, no sentido de que tais construções pressupõem a inter-relação dos envolvidos. Dessa forma, acredita-se que a matéria-prima do trabalho em saúde é o encontro, o que implica que a produção se executa entre trabalhador e usuário. A partir desse momento, ambos devem atuar para possibilitar respostas positivas diante dos problemas de saúde, fazendo-se imprescindível, portanto, o vínculo, o envolvimento e coparticipação entre esses sujeitos. Assim, torna-se importante acolher as singularidades, ou seja, o original e criativo que emerge dos encontros, e perceber que ambos tanto profissional como usuário são sujeitos ativos do processo da produção de saúde (FARIAS; ARAÚJO, 2010).

Para Farias e Araújo (2010), o cotidiano de trabalho é composto de encontros subjetivos e embates de interesses,

embora a unidade de análise comumente recaia sobre a materialidade do encontro singular entre trabalhador e usuário, é preciso destacar que esse encontro é permeado por saberes múltiplos. Uma vez que ambos estão envolvidos por questões relacionadas às suas estruturas sociais, familiares, crenças, valores, além da formação acadêmica do profissional.

Na área da saúde destaca-se o modelo de gestão baseado na racionalidade técnico-burocrática, ou seja, estruturado em ordenações tempo-espaciais, muitas vezes regulados em protocolos de ação decididos verticalmente ou centrados em procedimentos médicos. Para Farias e Araújo (2010) essa conformação gerencial organiza-se em arranjos organizacionais nos quais cada um ocupa seu lugar, seu setor, ou seja, cada um tenta preencher totalmente os requisitos do seu papel profissional, repleto de competências, de forma disciplinada, organizada, pautada em comunicações verticais hierarquizadas e horizontais corporativas.

Assim, estão presentes na realidade dos serviços de saúde os Protocolos Operacionais Padrões (POPs), nos quais constam a ação a ser desenvolvida, o responsável técnico para executar determinado procedimento e forma com o mesmo desses ser conduzido, com isso pode-se perceber o enrijecimento das estruturas de trabalho, além de uma supervalorização pela utilização de equipamentos e maquinários. Contudo, o cuidado em saúde mental não pode se limitar a protocolos.

No entanto, Cecílio e Mendes (2004) relatam que nem sempre o desenrolar das atividades acontecem conforme havia sido planejado nas normas e diretrizes dos serviços

de saúde, pois sempre há reinterpretações e reinvenções por parte dos trabalhadores, que, exercendo suas possibilidades de autonomia, reformulam as dinâmicas e as práticas no cotidiano de trabalho.

Assim, a partir dessa perspectiva, Merhy (2002) propõe a existência de três tipos de tecnologias em um processo de trabalho: as tecnologias duras (em que o trabalho já se encontra dado e cristalizado nelas mesmas, como máquinas e equipamentos); as tecnologias ditas leve-duras (apresentam duplo aspecto, de um lado, referem-se aos saberes estruturados de determinada ocupação profissional, de outro, relacionam-se aos modos como esse trabalhador organiza o seu trabalho, de acordo com suas experiências pessoais e seus saberes próprios); e as tecnologias leves (que se revelam no momento que o trabalhador se relaciona com o usuário, indicando falas, escutas, interpretações, acolhimentos, responsabilizações, vínculos etc).

Para o autor supracitado, o trabalho vivo, que é o trabalho em ato, em ação, se concretiza no instante em que o trabalhador utiliza os seus saberes e práticas consagradas somadas à sua atividade criadora. Assim, reconhece-se o aspecto instituinte e o autogoverno do trabalhador durante sua atividade. Afirma-se que, no momento que o profissional atua, observa-se uma interação e pode-se notar a sua autonomia ao organizar as ferramentas com os dados obtidos e os saberes próprios de sua profissão, conduzindo-o ao raciocínio clínico, a decisões e ao tratamento (FARIAS; ARAÚJO, 2010).

É fundamental que haja condições, principalmente espaciais e temporais, para compreender o que os sujeitos

envolvidos tem a dizer durante o desenvolvimento do seu processo de ser cuidado e, em contrapartida, é necessário que os profissionais estejam preparados para escutar. A presença do profissional na comunidade, na casa das pessoas, nos barracões comunitários, no salão de festas da Igreja, provoca inquietações das partes. Pode suscitar mudanças consistentes, tanto na maneira da população enxergar o trabalho desses profissionais, quanto no modo de o profissional compreender o fenômeno da saúde/doença (FARIAS; ARAÚJO, 2010).

Durante o desenvolvimento do processo de cuidado, o trabalhador pode ser acometido por situações que venham a ocasionar adoecimento, sejam elas de ordem física, psíquicas ou ambas.

A interface homem e trabalho sempre foi permeado por dificuldades, e isso é possível perceber a partir da etimologia da palavra que denota algo penoso e, até mesmo, indesejado (“tripalium”, instrumento de tortura feito com três paus). Houve períodos em que as patologias relacionadas ao trabalho eram, em sua grande parte, somáticas. Contudo, essa realidade tem passado por transformações, especialmente no período pós-1960, quando o trabalho começou a ganhar componentes cada vez mais psicopatológicos, sendo, justamente, a partir dessa época que se inicia o desenvolvimento do pensamento dejouriano (RODRIGUES, ÁLVARO, RONDINA, 2006).

No campo da saúde mental, os profissionais durante o desenvolvimento de suas práticas podem desenvolver sentimentos geradores de sofrimento, como angústia e impotên-

cia, muitas vezes relacionadas à estreita relação com o paciente. Nesse contexto, destacam-se os processos de trabalho estabelecidos com os pacientes que são usuários de drogas, por conta de questões clínicas e psíquicas envolvidas, principalmente, para aqueles que fazem uso de *crack*.

Com isso, Jardim (2001) propõe que há uma diversidade de sentidos no cotidiano das estruturas de trabalho, que se apresentam como sintomas, síndromes e doenças, e destaca: “(...) Não há uma clínica do sujeito e outra do trabalho. Há uma certa clínica, que leva em conta os sujeitos e o trabalho (...)”.

Assim, percebe-se que as questões relacionadas com o uso de drogas são permeadas por diversos aspectos, sociais, culturais, financeiros e familiares, com isso a assistência ao usuário não fica restrita apenas aos efeitos clínicos das drogas.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa do tipo reflexiva de natureza qualitativa, a qual foi escolhida como possibilidade de analisar o fenômeno social e suas relações no campo da saúde. Sendo possível, por meio desta opção, uma maior aproximação dos sentidos, dos significados, das intencionalidades e das questões subjetivas inerentes aos atos, às atitudes, às relações e às estruturas sociais (MINAYO, 2013).

As investigações no campo das ciências sociais e humanas precisam alocar o objeto de estudo em determinados princípios que o diferem de outros campos da ciência. O primeiro princípio é que o objeto é histórico, existe num espaço cuja formação é social e cultural ao longo de um

período de tempo passado, presente ou futuro. Desse modo, os sujeitos desse campo são sujeitos com consciência histórica do possível e do real. Por assim serem, relativizam uma identidade entre o ser subjetivo e o objeto investigado e permeiam-se prontamente por uma ideologia presente. Por último, é condição essencial do objeto deste campo à sua natureza qualitativa (MINAYO, 2013).

Para tanto, o cenário do estudo foi o município de Fortaleza que por questões de natureza administrativa, o município atualmente encontra-se subdividido em 07 Secretarias Regionais (SR), sendo cada uma destas responsáveis pela gestão da rede de ações e serviços de saúde, educação, meio ambiente, assistência social e infraestrutura disponíveis em seu território. De tal forma que o presente estudo teve como campo de pesquisa a SR-IV em decorrência da parceria entre a Universidade Estadual do Ceará (UECE) e o Sistema Municipal de Saúde-Escola (SMSE) da Prefeitura de Fortaleza a fim de desenvolver acordos que envolvem atividades formativas e socioculturais no referido território.

Assim, a coleta de dados realizou-se no Centro de Atenção Psicossocial – infantil (CAPSi) e CAPSad (álcool e outras drogas), Sociedade de Assistência e Proteção à Infância de Fortaleza (SOPAI), Albergue, Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), unidade de acolhimento, Conselho Tutelar e Abrigo.

No que concerne aos profissionais que participaram da pesquisa, eles foram divididos em dois grupos distintos, grupo I envolve 09 profissionais com atuação na assistência nos serviços pesquisados e o grupo II foi composto por 07 profissionais que atuam na gestão desses serviços.

Por tratar-se de um estudo de natureza qualitativa, para a obtenção das informações, foram utilizadas as técnicas de entrevista semiestruturada e observação sistemática.

A entrevista é considerada uma fonte de informações que pode fornecer dados relacionados diretamente do indivíduo entrevistado. Trata-se de informações relacionadas sobre as reflexões do próprio sujeito sobre a realidade vivenciada e que alguns denominam “subjetivos” e só podem ser obtidos por meio de contribuição pessoal. Estabelecem uma representação da realidade através de ideias, crenças, modos de pensar, opiniões, sentimentos, formas de sentir e de atuar, projeções para o futuro, razões conscientes ou inconscientes de determinadas atitudes e comportamentos (MINAYO, 2013). Ademais, a observação é uma maneira de compreender a realidade de forma a complementar a análise obtida a partir da entrevista, pois permite captar uma realidade empírica em suas diferentes dimensões, tais como atos, significados e relações (TRIVIÑOS, 1992).

O processo analítico se constitui das seguintes etapas: ordenação, classificação e análise final dos discursos orientados por Assis e Jorge (2010). Complementam-se a cada etapa, a descrição dos passos seguidos para a formulação e confronto dos núcleos de sentido e significações empíricas adaptado de Assis e Jorge (2010): ordenação, classificação e análise final dos dados. No primeiro momento, realizou a leitura e releitura das entrevistas transcritas, em seguida da organização do conteúdo acerca da assistência prestada aos adolescentes. Na fase da classificação dos dados subdivide-se em duas etapas: a primeira voltada para a leitura e a formulação dos núcleos de sentido; e a segunda direcionada para

a leitura transversal e o confronto entre os significados e os corpos de comunicações e a formulação das unidades categoriais temáticas. Na fase análise final dos dados seguiram-se as recomendações de Assis e Jorge (2010) que propõem o encontro da especificidade do objeto, pela prova do vivido, com as relações essenciais que são estabelecidas nas condições reais e na ação particular e social.

Para tanto, esta investigação foi submetida à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), recebendo parecer favorável de número 1.414.397, somente após sua aprovação a pesquisa de campo foi iniciada. Os sujeitos do estudo tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido atendendo aos princípios éticos, conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

FRAGILIDADES, IMPASSES E DSAFIOS NA ESTRUTURAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO NA ASSISTÊNCIA AOS USUÁRIOS DE CRACK

No que concerne à formação dos profissionais que atuam na assistência a adolescentes usuários de *crack*, o grupo I apresentou-se bastante heterogêneo sendo constituído por psicólogos, assistente social, educador social, arte-terapeuta com licenciatura em música, pedagoga, além de educadores sociais (profissionais de nível médio). Quanto à idade, esta variou de 25 a 50 anos, assim como, o tempo de formação que os profissionais possuíam que apresentou variação de 02 a 25 anos.

Em relação ao investimento na qualificação profissional, dos 07 profissionais de nível superior que participaram do estudo apenas 02 não haviam realizado nenhum tipo de curso de Pós-Graduação, em contrapartida, apenas 01 profissional possuía Mestrado.

Ademais, destaca-se o fato de que apenas um participante possuía vínculo empregatício como estatutário, o restante ou eram terceirizados ou possuíam contrato temporário e apenas uma era residente. A partir disso, é possível perceber a precarização dos processos de trabalho, pois os profissionais não possuem estabilidade financeira no trabalho e por atuarem mediante contratos temporários não há uma continuidade das estratégias de cuidado. E, isso, repercute na saúde desse trabalhador, causando desmotivação e desinteresse, além de quadros de ansiedades decorrentes da instabilidade profissional. Isso, também, reflete no tempo de permanência dos profissionais nas instituições, pois é possível perceber que estes permanecem pouco tempo inseridos nos serviços o que ocasiona fragilidade nos processos de trabalho.

Outra característica, desse grupo está relacionada à prevalência de profissionais do sexo feminino na prestação da assistência. Em um estudo realizado por Garcia et al (2012), foi possível observar uma predominância masculina no uso do *crack* sendo 87% da amostra composta por homens, e apenas 13% eram mulheres. No entanto, destaca-se que a maioria dos serviços, onde a pesquisa foi realizada, são destinados a atendimentos para ambos os sexos, ainda que com maior número de leitos (no caso dos hospitais de referência) para homens.

Com isso, destaca-se o fato de serem mulheres as principais responsáveis pela assistência, demonstrando que a mulher ainda direciona sua formação para atividades relacionadas ao cuidado. No entanto, torna-se importante destacar, que a função de educador social, no grupo pesquisado, era exercida apenas por homens, pois dentro das instituições pesquisadas havia um convívio intenso de adolescentes que, em algumas situações é permeado por conflitos, assim acredita-se que a prevalência da figura masculina, nesse contexto, esteja atrelada à representatividade da figura masculina de ordem e lei.

Quanto ao grupo II, este é composto por coordenadores das instituições na qual a pesquisa foi desenvolvida que correspondem a cinco participantes. Assim como o grupo, há a predominância do sexo feminino, tendo formação em áreas diversas, como Psicologia, Enfermagem, Serviço Social, Pedagogia e Ciências Sociais – somente um coordenador possuía apenas Ensino Médio. Isso revela pluralidade de aspectos envolvidos quanto ao uso de drogas, demonstrando que tal temática perpassa por diversos setores, não se restringindo à área da saúde, além da necessidade da realização de uma prática voltada para interdisciplinaridade não só nos serviços, mas também fora dele, considerando os demais componentes da rede assistencial como sendo revelando para o cuidado com o usuário de drogas, em especial, de *crack*.

Dessa forma, torna-se difícil a aplicação da proposição feita por Merhy (2002) quanto à construção do processo de trabalho em saúde, pois, para o autor, este é inteiramente

dependente da relação entre sujeitos, sendo assim, um trabalhador isolado é incapaz de executar as ações em saúde, cuja produção se realiza no espaço partilhado com o usuário.

No desenvolvimento de sua prática, os profissionais de saúde utilizam-se de diversas tecnologias para garantir uma assistência de qualidade e que proporcione o máximo possível de resolubilidade para as demandas dos usuários.

Nesse contexto, sobressai-se a valorização das tecnologias leves ou relacionais pelos sujeitos participantes da prática nos serviços de saúde mental, aliada à perspectiva emancipatória de operar o cuidado conforme os princípios da reforma psiquiátrica e da atenção psicossocial (JORGE et al, 2011).

Por suas singularidades, o trabalho em saúde não pode ser globalmente envolvido pela lógica do trabalho morto, presente nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, visto que seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas se configuram em processos de intervenção em ato. Ele se desenvolve através de tecnologias de relações, de encontros de subjetividade, para além dos saberes tecnológicos estruturados (MEHRY, 1997).

Desse modo, como a literatura propõe na organização das práticas de saúde e das relações terapêuticas na produção do cuidado há um destaque para as tecnologias leves que possibilitam de forma efetiva e criativa a manifestação da subjetividade do outro, por meio de dispositivos como acolhimento, vínculo, autonomia e responsabilização contida nessa organização da assistência à saúde (AYRES, 2004).

Esses dispositivos relacionais (acolhimento/ vínculo/ corresponsabilização/ autonomia) representam alternativas para elaborar uma nova prática em saúde. Compreendida, por meio de ações comunicacionais, atos de receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde, dando respostas adequadas a cada demanda em todo o percurso da busca, desde a recepção e o atendimento individual ou coletivo, até o encaminhamento externo, retorno, remarcação e alta (SANTOS et al, 2008).

A partir do discurso a seguir, é possível perceber como os profissionais estruturam suas práticas no cotidiano do atendimento aos usuários de drogas, destacando as tecnologias leves como forma de garantir a assistência considerando a subjetividade e a singularidade de cada indivíduo. Contudo, deve-se considerar, também, as tecnologias duras e leves-duras que são utilizadas no intuito de proporcionar integralidade do cuidado, ressaltando o indivíduo em suas múltiplas dimensões.

A gente faz o acolhimento e aí a gente primeiro conversa família, depois com o paciente, só depois a gente conversa família com o paciente, o paciente entra a gente mostra pra família toda a unidade. Paciente dessa unidade participa de todos os grupos, tem atendimento individual também porque tanto o psicólogo faz o atendimento individual, como a massoterapeuta faz o atendimento individual, a assistente social, se necessário, faz o atendimento individual questão de orientação de benefícios, a enfermeira faz o atendimento individual, nós temos toda a referência do

hospital Gonzaguinha, se o paciente necessitar de atendimento clínico, todos os exames são solicitados pra ele quando ele chega dentro da unidade. (Grupo II- coordenador 01)

Assim sendo, uma das alternativas para edificar novas formas de se fazer saúde seria a potencialização do dispositivo acolhimento, articulado ao estabelecimento de vínculo entre usuários, trabalhadores de saúde e gestores do sistema de saúde, em busca da humanização do atendimento (CAMPOS, 2003). Estando o acolhimento presente em toda a prática terapêutica,

Dessa maneira, acrescenta-se que o acolhimento é um dispositivo transversal na conduta terapêutica, pois não é tido apenas como uma parte do processo de cuidado (triagem). O dispositivo acolhimento funciona como uma possibilidade de construir uma nova prática em saúde (JORGE et al, 2011).

Outra ferramenta importante da assistência em saúde diz respeito ao vínculo que está relacionado à construção de estruturas afetivas que garantem uma maior aproximação e confiança entre o paciente e o profissional.

(...) pelo menos lá no CAPS que eu tava, agora que tá começando a se reestruturar de novo. Seis meses depois. E o transtorno psiquiátrico em si e mesmo a dependência química, não para. Pelo contrário, quer dizer você solta um paciente desse... eu fazia três grupos, durante o período que eu trabalhei lá, 40h. Então tem paciente que ainda vem aqui atrás de mim querendo conversar”. (Grupo II – coordenador 02)

A partir desse discurso, percebe-se quão importante essa ferramenta é na estruturação das relações terapêuticas, o vínculo gera confiança do usuário com o profissional e, assim, é possível estabelecer um sistema de metas e parcerias para atingir a resolubilidade necessária. No entanto, essa ferramenta precisa ser bem utilizada para não gerar dependência do usuário ao profissional ou à instituição e, desta forma, ocasionar um processo de institucionalização, bem como precisa ser bem manejada por parte dos profissionais para que não haja um grau de envolvimento excessivo e pode vir a causar adoecimento.

Dessa forma, entende-se que o vínculo pode ser uma ferramenta que possibilita as trocas de saberes entre o técnico e o popular, o científico e o empírico, o objetivo e o subjetivo, convergindo-os para a realização de atos terapêuticos conformados a partir das sutilezas de cada coletivo e de cada indivíduo. Ele suscita outros sentidos para a integralidade da atenção à saúde (SANTOS et al, 2008).

Ao estimular a relação entre sujeitos, a ênfase no processo relacional incorpora estratégias de aproximação e efetivação de uma prática resolutiva e direcionada para o estilo de vida de cada usuário. Durante o processo de escuta e acolhimento, o que se desvela é um ato de interpretação mútua entre o que o serviço pode oferecer e o que o usuário almeja em sua vida cotidiana. O trabalho interdisciplinar se fortalece pela multiplicidade de visões sobre cada situação na instituição, uma vez que cada trabalhador absorve e dispõe de saberes e práticas diferenciadas para o trabalho em saúde mental (JORGE et al, 2011).

Assim, acolhimento e vínculo são marcadores importantes na relação de cuidado entre o trabalhador de saúde mental e o usuário, sendo que o acolhimento e o vínculo facilitam a construção da autonomia por meio de responsabilização compartilhada e pactuada entre os sujeitos envolvidos nesta terapêutica (JORGE et al, 2011).

Ademais, a construção da autonomia se desenvolve na medida em que ambos conseguem lidar com suas próprias redes de dependências, coprodução de si mesmo e do (JORGE et al, 2011). Dessa forma, destaca-se a importância de valorizar a autonomia dos usuários, ou seja, ampliar a capacidade de compreenderem e atuarem sobre si mesmos, sobre o mundo e a vida. O grau de autonomia é possível ser mensurado por meio da capacidade de autocuidado, de compreensão sobre o processo saúde-doença, de usar o poder e de estabelecer compromisso e contrato com outros (JORGE, 2006).

Então o que eu tento trabalhar é isso, tento trabalhar questões a partir do que eles demandam de mim. (...) procura trabalhar também a ideia de autonomia, de responsabilização. Então, eu acho que ir acolhendo, acolhendo os discursos, acolhendo as posturas, acolhendo as dificuldades e as superações que fazem parte do desenvolvimento dos adolescentes. (Grupo I - profissional 02)

Desse modo, no trabalho em saúde, a vinculação é uma ferramenta importante na horizontalização e democratização das práticas em saúde mental, pois viabiliza a negociação entre os sujeitos envolvidos nesse processo, ou seja,

usuários e profissional ou equipe. Entretanto, a construção do vínculo no cuidado em saúde mental está relacionada ainda ao modo como os trabalhadores de saúde se responsabilizam pela saúde dos usuários e suas singularidades do processo de cuidar (JORGE et al, 2011).

Com isso, espera-se que os profissionais possam implementar essas ferramentas no cotidiano dos seus processos de trabalho no intuito de proporcionar resolubilidade na assistência aos adolescentes usuário de drogas.

Dessa maneira, pode-se perceber que os profissionais estão expostos a diversos riscos no exercício de suas atividades laborais, dentre esses os químicos, físicos, biológicos e ergonômicos, embora destaquem-se, também, os riscos ocupacionais psicossociais (ROP) sendo estes relacionados a situações em que há fatores como exigências do cargo, problemas nas relações interpessoais, na remuneração, na duração da jornada diária, no regime e no ritmo de trabalho, entre outros (GLINA et al, 2001).

Quando presentes no cotidiano do trabalhador, os ROPs podem ocasionar alterações na saúde, como neuroses, ansiedade intensa, distúrbios de sono, depressão, manifestações obsessivas, síndrome do esgotamento (*Burnout*), falhas de desempenho, conflitos interpessoais, assédio moral e conflitos familiares, estresse e violência (AESST, 2003), gerando prejuízo não só o indivíduo, mas toda a sociedade em que este está inserido (CARAN et al, 2011).

A presença de riscos psicossociais nos ambientes de trabalho destaca-se pela alteração no cotidiano dos trabalhadores, podendo ser percebida, principalmente, por este

tipo de risco estar associado aos distúrbios físicos e psíquicos. A natureza do fator psicossocial é complexa e envolve questões relativas ao indivíduo, ao ambiente de trabalho e ao ambiente social. Entre os agentes psicossociais mais prevalentes com relação ao trabalho estão: a falta de controle e de autonomia no trabalho, o trabalho monótono, a ausência de apoio social de colegas, a insatisfação no trabalho, o tipo de personalidade, a alta concentração nas tarefas, as atitudes com relação à própria saúde e os distúrbios psicológicos (MAGNAGO; LISBOA; GRIEP, 2009).

Outros fatores de ordem pessoal e profissional podem favorecer o aparecimento dos ROPs, tais como a falta de preparo e/ou capacitação, sobrecarga de papéis, longas horas no trabalho, conflito no trabalho em equipe e dificuldade para conciliar trabalho e família, além de problemas relacionados à remuneração, duração da jornada laboral e ritmo de trabalho. Dessa forma, entende-se que a exposição constante aos fatores de riscos psicossociais no ambiente de trabalho é potencialmente comprometedor ao bem-estar físico e mental dos trabalhadores, trazendo repercussões para a sua saúde e, posteriormente, para o seu contexto laboral (CAMELO; ANGERAM, 2007).

Quando se trata dos profissionais que atuam diretamente na assistência a adolescentes usuários de drogas, pode-se perceber que eles encontram-se desanimados, sobrecarregados (devido à grande demanda de atendimento existente e à área territorial que os serviços tornam-se responsáveis para prestar assistência), muitos, apresentavam-se desmotivados a implementar novas estratégias de cuidado em decorrência

da rotatividade nos serviços, além da precarização dos processos de trabalho, nos quais os profissionais são contratados no regime de seleção temporária, o que não garante vínculo empregatício. Além disso, alguns desses profissionais, por conta dos baixos salários, acabam desenvolvendo uma dupla jornada laboral, na qual eles passam a trabalhar em mais de um local, com isso há um esgotamento físico e mental, além de ocasionar uma diminuição na qualidade da assistência.

“(...) eu passei dois anos agora no CAPS, nessas seleções públicas que estão sendo feitas aí, você monta toda uma equipe, tenta organizar a coisa, quando vai andando, aí se acaba tudo, sai todo mundo, e desmonta e começa tudo do zero de novo (...)”. (Grupo II - coordenador 01)

Assim, a permanente exposição do trabalhador aos ROPs pode propiciar o aparecimento de transtornos mentais e comportamentais associados ao trabalho. Resultando não só em fatores isolados, mas de contextos laborais em interação com o corpo e o aparato psíquico dos trabalhadores. As ações envolvidas no ato de trabalhar podem atingir o corpo dos sujeitos, produzindo disfunções e lesões biológicas, mas também reações psíquicas às situações de trabalho patogênicas, além de poderem desencadear processos psicopatológicos especificamente relacionados às condições laborais vivenciadas pelo trabalhador (BRASIL, 2001).

Com isso, destaca-se a necessidade de ambientes e condições de trabalhos melhores no sentido de preservar saúde do trabalho tornando, assim, as estratégias desenvolvidas para a estruturação dos processos de trabalho mais resolutivas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se perceber que são poucos os estudos que abordam as questões relacionadas à saúde dos trabalhadores que atuam no campo da saúde mental. Além disso, eles ainda trabalham em precárias condições, tendo assim repercussões tanto individuais como na assistência oferecida aos usuários.

Nesse sentido, destaca-se a necessidade de desvelar os riscos ocupacionais psicossociais que, muitas vezes, ficam submersos diante de toda a complexidade para efetivação dos processos de trabalho. Ademais, faz-se necessário medidas intervencionistas no sentido de melhorar as condições de vida e de trabalho desses profissionais e amenizar a exposição a esses riscos, além de auxiliar na implementação de ações e programas de saúde para promover uma melhoria das condições de trabalho.

REFERÊNCIAS

ASSIS, M. M. A.; JORGE, M. S. B. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In: SANTANA, J. S. S.; NASCIMENTO, M. A. A. **Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social.** Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2010.

AESST - Agência Europeia Para a Segurança e a Saúde do Trabalho. Como enfrentar riscos psicossociais e reduzir o estresse no trabalho. **Cartilha Informativa 3.** Espanha, 2003.

AYRES, J. R. C. M. **Cuidado e reconstrução das práticas de saúde.** Interface. 8(14):73-92, São Paulo.2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho.** Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde. Normas e Manuais Técnicos, n. 114. Brasília (DF), 2001.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Riscos psicossociais relacionados ao trabalho das equipes de saúde da família: percepções dos profissionais. **Rev enferm UERJ**. v. 15, p. 502-7, 2007.

CAMPOS, G.W.S. Reflexões sobre a clínica ampliada em equipes de saúde da família. In: Campos G.W.S. **Saúde Paideia**. São Paulo: Hucitec, p. 68, 2003.

CECILIO, L. C. O.; MENDES, T. C. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 13, n. 2, p. 39-55, 2004.

CARAN, V. C. S. et al. Riscos ocupacionais psicossociais e sua repercussão na saúde de docentes universitários. **Rev. enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, abr/jun; v. 19, n. 2, p. 255-6, 2011.

DEJOURS, C. Inteligência operária e organização do trabalho. In: HIRATA, H. (Org.). **Sobre o “modelo” japonês**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, p. 281-311, 1993.

FARIAS, H. X.; ARAÚJO, M. D. Uma Perspectiva de Análise sobre o Processo de Trabalho em Saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 19, n. 2, p. 429-439, 2010.

GARCIA, E. L. et al. **(RE)Conhecendo o perfil do usuário de crack de Santa Cruz do Sul**. Barbarói, Santa Cruz do Sul, v.36, ed. esp., p.83-95, jan./jun. 2012.

GLINA, D. M. R. et al. Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexa com trabalho e o diagnóstico com base na prática. **Cad Saúde Pública**.17:607-16, 2001.

GONÇALVES, P. R. A. Crack: silêncio toxicômico, estalo na economia do saber. In: MACRAE, Edward; TAVARES, Luiz Alberto; NUÑEZ, Maria Eugênia. **Crack: contexto, padrões e propósitos de uso**. Salvador: Edufba, 2013. p. 59-86.

JARDIM, S. R. Trabalho e Doença Mental. In BORGES, L. H., MOULIN, M. G. B. & ARAÚJO, M. D. (Orgs.). **Organização do Trabalho e Saúde Mental: Múltiplas Relações**. Vitória: EDUFES, 2001, p. 137-156.

JORGE, M. S. B. et al. Reabilitação psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. **Rev Bras Enferm.** 59(6):734-739, 2006.

JORGE, M. S. B. et al. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n.7, p. 3051-3060, 2011.

MERHY, E. E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação é o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, p. 113-160, 1997.

MERHY, E. E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MAGNAGO, T. S. B. S.; LISBOA, M. T. L.; GRIEP, R. H. Estresse, aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem. **Rev enferm UERJ**. 17:118-23, 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

RODRIGUES, P. F.; ÁLVARO, A. L. T.; RONDINA, R. Sofrimento no Trabalho na Visão de Dejours. **Revista Científica Eletrônica de Psicologia**, n. 07, v. 04, 2006.

SANTOS, A. M. et al. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Rev Saude Publica**, v. 42, n. 3, p. 464-470, 2008.

**“PORQUE EU ACHAVA QUE UMA PESSOA
PRECISAVA SÓ DUM REMÉDIO PRA PASSAR UMA
DOR”: POTENCIALIDADES PRODUZIDAS PELO
CURSO DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE PARA
REFLEXÃO SOBRE A PRÁTICA**

Débora Samara Guimarães Dantas

Maria Rocineide Ferreira da Silva

INTRODUÇÃO

A Saúde da Família, estratégia para expandir, qualificar e consolidar a atenção básica brasileira permite uma reorientação do processo de trabalho com máxima potencialidade de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de expandir a resolubilidade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades. As equipes da Estratégia Saúde da Família são multiprofissionais, constituídas por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de Enfermagem ou técnico de Enfermagem e agentes comunitários de saúde, entre outros profissionais, que procuram ponderar, em seu processo de trabalho, particularidades relacionadas às necessidades de saúde da população da área

adscrita, produzindo ações intersetoriais e de prevenção de doenças e promoção da saúde, com finalidade de favorecer a autonomização dos sujeitos (BRASIL, 2011).

De acordo com Alves e Aerts (2011), as equipes da Saúde da Família necessitam atuar com o intento de ampliar e fortalecer a participação popular e o desenvolvimento pessoal e interpessoal. Assim, o trabalhador em saúde precisa vivenciar a interação com os usuários e comprometer-se com o ato da comunicação como instrumento terapêutico, emancipador e também de Promoção da Saúde. Desse modo, é importante o acompanhamento de pessoas e famílias antes de surgir problemas e agravos à sua saúde, essa atenção precisa ser assumida com um olhar abrangente, ancorado nos determinantes e condicionantes dos modos de viver de cada comunidade. Sendo assim, é basilar o papel do agente comunitário de saúde na equipe. Pelo fato de este fazer parte da comunidade, conhecer em dadas proporções os problemas, as necessidades de saúde, a cultura da população local, e poder saber para contribuir na resolução dos problemas. O agente comunitário de saúde pode ser facilitador da relação entre a equipe e a comunidade, fazendo tessituras entre as realidades vividas nos diferentes territórios.

A atuação dos agentes ocorre por meio da mediação de lógicas distintas e, comumente, conflitantes: do Estado, representado pelas diretrizes e normas de trabalho no âmbito das ações do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e da Estratégia de Saúde da Família, e a comunidade, com sua cultura e dinâmicas próprias em relação às representações, vivências e demandas de saúde (MARTELETO; DAVID, 2014).

Queiroz, Silva e Oliveira (2014) destacam que do investimento na formação técnica e na valorização dos agentes comunitários de saúde resulta o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família. A falta de proposições de processos pedagógicos, todavia, firmados em referenciais que consintam aprendizagem significativa e que aliem qualidade ao trabalho exercido pelos agentes comunitários de saúde, pode conferir perdas no papel adotado por essa política pública. O fato de não discutir, tampouco saber lidar com problemas observados no cotidiano de trabalho pode ensejar angústia, fragilizando o cotidiano de trabalho deste agente; possibilitando, ainda, a manutenção de práticas equivocadas, pautadas no biologicismo e na “medicalização”.

O termo “medicalização” pode ser enfatizado, na obra de Foucault, em, no mínimo, dois sentidos, inextrincáveis, mas cronologicamente distintos: o primeiro, relacionado ao processo de medidas coletivas do Estado na contenção, controle e registro de doenças, como também na formação de práticas de salubridade; o segundo, diretamente desdobrado do primeiro, mas estabelecido já no contexto pós-Segunda Guerra, refere-se à impossibilidade de descrever experiências com o corpo humano que não passem, em algum sentido, pelo saber médico. Esses dois registros se confundem e possibilitam assegurar que o primeiro é condição para o segundo, mesmo que não se deva confundi-los, em razão de sua distinção cronológica (ZORZANELLI; ORTEGA; BEZERRA JUNIOR, 2014).

No sentido de diminuir práticas equivocadas, pautadas no biologicismo e na “medicalização”, é importante uma reestruturação do trabalho em saúde. De acordo com Sant’Anna

e Hennington (2011), a reestruturação do trabalho em saúde requer, desse modo, a implementação de processos educacionais e formativos da força de trabalho, no sentido de que seja prestada uma assistência de qualidade, que permita o acolhimento e/ou a resolução às necessidades demandadas pelos usuários e pelos próprios trabalhadores. É imprescindível a introdução ou ampliação de dispositivos democráticos de debate e decisão, com a finalidade de ampliar os espaços de escuta, trocas e decisões coletivas na gestão dos processos de trabalho (SANT'ANNA; HENNINGTON, 2011).

Nesse sentido, a educação popular em saúde tem se constituído como potente referencial epistemológico, que defende a reflexão sobre os processos de trabalho e a relação do trabalhador da saúde com seu usuário. Ela ampara as equipes de saúde e gestores na constituição de um sistema de saúde em que trabalhadores da saúde e usuários sejam atuantes, participativos, autônomos e críticos (ALVES; AERTS, 2011).

Um relevante nome da educação popular é Paulo Freire. Em 1962, ele iniciou um movimento de alfabetização no Nordeste, na cidade de Angicos, no Rio Grande do Norte, na ocasião, em cerca de 45 dias, foram alfabetizados 300 trabalhadores, o que sensibilizou de forma profunda a opinião pública. As classes de alfabetização eram designadas por Freire de Círculos de Cultura/Leitura, nomeadamente porque seu intento não era apenas instrumental, mas, especialmente, uma forma de provocação da consciência das massas. Nesses círculos, os processos históricos de exclusão social – denunciados entre a leitura de mundo e a leitura da palavra – sobrevinham a ser tema do conteúdo de seu método (LIMA, 2014; WEFFORT, 2014).

Em se tratando do ideário educacional de Paulo Freire, a grande inquietação era que se fizesse “uma educação para a decisão, para a responsabilidade social e política”. A contribuição do Educador brasileiro à sua sociedade, assim como dos economistas, dos sociólogos e de outros especialistas necessitava ser a de uma educação crítica, educação libertadora, capaz de perceber os “fios que tecem a realidade social”, sobrepujando, assim, a ideologia da opressão (FREIRE, 1997; FREIRE, 2014a; FREIRE, 2014b; MACIEL, 2011; MENEZES; SANTIAGO, 2014; WEFFORT, 2014). Como construir respostas juntos? Como produzir reflexões a partir de situações concretas? Como fazer uma teoria-prática ou uma prática-teoria?

A educação popular em saúde estabelece sua singularidade contrapondo-se aos saberes e práticas autoritárias, distantes da realidade e orientados por uma cultura “medicalizante”, impostos à população. Extrapola a lógica impositiva da prescrição impositiva, porque entre outros aspectos tem o diálogo como matriciador das experimentações cotidianas. A forma de fazer saúde das práticas populares de cuidado ratifica que estas atuam ou elaboram projetos terapêuticos dialogados, participativos e humanizados, acolhedores da cultura e do saber popular, reconhecendo o outro na amplitude de sua construção (DAVID; BONETTI; SILVA, 2012).

O presente estudo foi um recorte da Dissertação de Dantas (2015) e teve como objetivo identificar potencialidades produzidas pelo Curso de Educação Popular em Saúde para reflexão sobre a prática, em um município do Ceará.

2 METODOLOGIA

O mencionado estudo é qualitativo, do tipo estudo de caso. A investigação qualitativa relaciona-se ao universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2013). O estudo de caso, em estratégia de pesquisa, permite o conhecimento dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupo (YIN, 2005).

O estudo aconteceu num Centro de Saúde do município de Maracanaú, situado na Região Metropolitana de Fortaleza, onde foram produzidos os dados.

Os sujeitos envolvidos na produção destes dados foram dez e a apresentação individual foi resumida em um codinome-flor: Bromélia, Bogari, Girassol, Jasmim, Maravilha, Margarida, Orquídea, Papoula, Rosa e Tulipa.

Para coleta de informações foram realizados, no período de janeiro a abril de 2015, imersão no campo, observação direta, diário de campo e oficinas de produção.

A análise e condução da discussão e dos resultados aconteceram por meio da técnica de Análise de Conteúdo Temática, proposta por Minayo (2014) e Gomes (2013).

O tratamento dos resultados e a interpretação, que compõem a terceira etapa, responderam aos questionamentos levantados, e foram discutidos por meio de conteúdos e seus significados das falas dos sujeitos do estudo.

O estudo seguiu as recomendações da Resolução nº 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que versa sobre as diretrizes e normas para a pesquisa envolvendo seres humanos, foi submetido à apreciação do Comitê de Ética

em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, tendo sido aprovado, com CAAE 37776114.8.0000.5534.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao discutirmos “Potencialidades produzidas pelo Curso de Educação Popular em Saúde para reflexão sobre a prática”, confirma-se o fato de que as atividades acontecidas no decorrer do EdPopSUS possibilitaram reflexões sobre a prática. Na educação popular, o processo educativo ocorre desde a reflexão sobre situações concretas vivenciadas pelos sujeitos. Por meio do protagonismo, eles passam a agir de modo direto na transformação da sua realidade.

Aí aqui vem o nosso varalzinho, foi o varalzinho que nós fizemos, inclusive ele foi pra UECE, ele foi pro teatro, e esse varal, para mim, ele tem uma importância muito grande [...] nós se juntamos pra fazer o nosso trabalho, eu disse gente não tem nada a ver a gente procurar coisas lá fora, se a gente tem aqui dentro da nossa comunidade riquezas maravilhosas que a gente passa por cima e não vê, então foi através desse varal que a gente encontrou as nossas riquezas, a gente se uniu, esse varal foi feito [...] – (ACS MARAVILHA).

Foto 1 – Oficina I – Pintura em tela (ACS Maravilha)

[...] o que chamou mais a atenção das atividades, né? Que a gente fez lá, dos trabalhos, foi o nosso varal da nossa equipe, que assim através dele a gente pode ver as potencialidades da nossa área [...] – (ACS ROSA).

Foto 2 – Oficina I – Pintura em tela (ACS Rosa)

[...] o que eu achei interessante em relação ao curso [...] eu passei a conhecer a história do meu bairro [...] – (ACS MARGARIDA).

Aqui eu coloquei o teatro, porque nós representamos muito bem a nossa área, cada um trouxe a sua vivência, pra cada um saber que aquela dificuldade não acontece só comigo e como eu posso lidar com ela e dificuldade diferente, quando eu for passar por ela eu saber como tá passando, porque as meninas representaram. Então foi muito bom o curso [...] – (ACS PAPOULA).

Foto 3 – Oficina I – Pintura em tela (ACS Papoula)

A produção e o reconhecimento do vivido estão destacados nas falas referentes às pinturas das agentes de saúde e expressam as metodologias participativas vivenciadas ao longo das atividades realizadas durante o curso EdPopSUS, o teatro, por exemplo, metodologia participativa adotada no curso e que foi relevante para adentrarmos a categoria das potencialidades produzidas pelo Curso de Educação Popular em Saúde para reflexão sobre a prática.

A metodologia participativa permite o desempenho ativo dos educandos no processo educativo, evidenciando os conhecimentos e experiências dos participantes, compreendendo-os na discussão e na tentativa de buscar soluções para problemas que passam a existir em suas vidas. Configura-se como ato problematizador e ao mesmo tempo produtor

de esperanças ao partir de um saber – experiência – feito, que vai dando dicas das potencialidades existentes em cada local. É um modo de produzir, do ponto de vista pedagógico, firmado no prazer, na participação ativa, vivenciando situações concretas ou não que proporcionam à reflexão e à construção de sentidos às situações reais da vida pelos participantes (DARON, 2014).

O curso aconteceu com base nas metodologias participativas, que são exemplos a oficina, o círculo de cultura, a roda de conversa e a cenopoesia (SANTOS; WIMMER, 2013).

A produção da oficina com pintura em tela, como também as outras oficinas nesta pesquisa, intencionou continuar a vivência prazerosa e envolvente, e prosseguir realizando um caminho metodológico que se ampara nos princípios da Educação Popular. De acordo com Daron (2014), essa forma de fazer tem a finalidade de abrir os olhos para o senso crítico e ensejar o diálogo entre os participantes para vinculá-los num processo de elaboração coletiva, num contexto solidário. Sendo assim, a reflexão crítica produzida com base na metodologia da pedagogia problematizadora de Freire, assumida no EdPopSUS pode permitir a transformação da realidade vivenciada pelos agentes de saúde no território.

Ainda acerca da metodologia participativa, o círculo de cultura, proposta pedagógica de Freire, procura promover o diálogo, a reflexão crítica e a autonomia, adotando o argumento de que ensinar não é um ato de transferir conhecimento. Neste círculo, o educador desempenha a função

de disparador de diálogos entre os educandos, tornando-os implicados na reflexão crítica (FREIRE, 2014a; FREIRE, 2014b; FREIRE, 2014c; SANTOS; WIMMER, 2013).

A roda de conversa, também, pode ser uma forma de educar com base na teoria de Paulo Freire. Constitui espaço para diálogo, possibilitando a discussão de várias experiências e perspectivas dos educandos para a formulação coletiva de novas articulações (SANTOS; WIMMER, 2013).

A formulação coletiva de novas articulações também foi proporcionada por meio da cenopoesia. De acordo com Lima, Ray (2014, p. 192),

A cenopoesia é por nascimento uma arte solidária que se ocupa, por isso mesmo, com a construção de vínculos [...] Tem se mostrado inovadora ferramenta pedagógica em processos educativos de educação popular, formal e não formal. Destravando as relações de poder entre linguagens como teatro, música, poesia, dança, artes plásticas, dentre outras formas de expressão. A cenopoesia trilha por caminhos próprios sem perder a força dialógica em sua interação com outras formas de expressão e comunicação.

As diferentes linguagens acessadas, como teatro, música, dança, artes, dentre outras formas de expressão foram destacadas no decorrer do EdPopSUS, o Curso por meio da sua proposta metodológica, na fala das agentes, conseguiu reaver a visão dos potenciais locais, que foram sendo destituídos ao longo dos tempos por discursos que reconhecem apenas o que vem de fora, não possibilitando a visão mais

ampliada para as potencialidades existentes no território. Conseguiram ressignificar isso, com a releitura dessa realidade, permitindo um olhar ampliado para esse território, que teve e tem muito a ser dito, até mesmo para superação dos problemas que se revelam no cotidiano da fabricação do cuidado em saúde. Daí uma outra questão, como processos de formação baseados em referenciais de libertação e autonomia conseguirão se manter diante da conjuntura de negação do vivido? Como garantir que essas falas sobre o vivido-aprendido serão retomadas num movimento de produzir problematização? Como se dará a superação de limites visíveis e a construção do inédito viável? De acordo com Freire (2014b, p. 149), “ao nível da “consciência real”, os homens se encontram limitados na possibilidade de perceber mais além das “situações-limite”, o que chamamos de inédito viável”.

A concepção sobre as potencialidades produzidas pelo Curso de Educação Popular em Saúde para reflexão sobre a prática, trouxe a emergência de uma aposta no que já tem e que pode ser ampliado pelo que veio de fora, não podendo ser negado. É a produção e o reconhecimento do vivido que dão sentido e revelam as potencialidades.

Bom, eu desenhei aqui nessa tela esse balãozinho aqui, né? Que representa as festividades juninas, porque no trabalho pediu pra gente fazer, durante a semana de dispersão, pra gente procurar algum local na área que fosse, que representasse a cultura, né? Tava justamente na época aqui da festividade junina aqui de Maracanaú. Então, nós fomos visitar, eu e as meninas,

né? Nós fomos visitar lá a chamada cidade junina e foi muito legal, a gente fez um passeio [...] e também durante o curso, acho que foi no primeiro dia, a gente fez uma apresentação em que nós fizemos tipo um jornalzinho da área, né? [...] com direito a gravação e tudo, né? – (ACS JASMIM).

Foto 4 – Oficina I – Pintura em tela (ACS Jasmim)

Essa forma de educar contrapõe-se à educação tradicional, educação bancária, na qual o que detém o conhecimento deve transmitir aos educandos, sendo estes receptores passivos do conhecimento transmitido, não consentindo reflexão crítica (BORNSTEIN et al., 2013; FREIRE, 2014b).

Considerando o papel de educador do agente comunitário de saúde, a produção de conhecimentos e experiências durante o Curso de Educação Popular foi imprescindível para reflexão sobre as práticas cotidianas desses agentes de saúde, no sentido de produzir potencialidades para possibilitar o cuidado com qualidade prestado à população no território de responsabilidade sanitária desse profissional.

A educação popular permite o comprometimento dos sujeitos sociais com a reflexão, o diálogo e a expressão da afetividade, possibilitando sua criatividade e sua autonomia. Alia a concepção do protagonismo dos sujeitos, a valorização das culturas, suas expressões artísticas e as possibilidades de envolvimento de outros setores para enfrentar os problemas cotidianos (DARON, 2014; FREIRE, 2014b; FREIRE, 2014c).

A produção de saberes e as práticas dos agentes comunitários de saúde devem proporcionar infinitas possibilidades da relação com o outro e consigo mesmo, de forma a potencializar uma produção de saúde aliada à cidadania, à autonomia dos sujeitos e coletividades nos modos como, no cotidiano, vão se constituindo outros modos de viver e lidar com a vida, até mesmo nos espaços institucionais em que se constituem as muitas e diferenciadas modelagens do trabalho em saúde (GALAVOTE et al., 2011).

Conforme Piccinini e Silva (2015), a forma de organização do trabalho fortalece o compartilhamento de experiências entre os trabalhadores, proporcionando a ação no sentido de articular uma produção coletiva do aprendizado, para se estabelecer, junto com esses trabalhadores, estratégias de cuidado possíveis. É importante que o trabalho dos agentes possa encontrar espaços para diálogo, reflexão e crítica.

Porque eu achava que uma pessoa precisava só dum remédio pra passar uma dor, eu achava que a pessoa precisava só de um [...] de um [...] de uma vaga pra se internar pra tratar de um assunto e, não, a gente ver que as pessoas elas [...] elas precisam de muitas coisas, né? – (ACS BOGARI).

[...] Então, saúde, educação, e-du-ca-ção popular leva tempo, leva tempo e paciência, agora para isso eu preciso de visão, de planejamento e depois eu vou obter o sucesso, eu preciso parar pra pensar o que é que a minha área tá precisando mais, então eu vou visualizar a área, vou planejar e aí eu vou pra frente. – (ACS BROMÉLIA).

Essas percepções permitiram reflexões sobre a prática, a necessidade de planejar, deram ensejo a ressignificações do modo de produzir cuidado pelas agentes de saúde, que foram se mostrando ao longo da imersão no campo e o percurso nas categorias da produção do cuidado ao usuário da Estratégia Saúde da Família e das potencialidades produzidas pelo Curso de Educação Popular em Saúde para reflexão sobre a prática. O que é mesmo singular, aquilo que não pode ser expresso em metas e ao mesmo tempo necessita ser revisto desde o contexto, foram questões expressadas nas falas anteriores e em vários momentos desses encontros.

No Curso de Educação Popular em Saúde, a problematização da realidade, proposta por Freire, gerou no educando a aspiração do conhecimento, como também proporcionou a assimilação de ideias por este educando, o que foi se revelando ao longo da pesquisa.

A partir desta compreensão pedagógica, o conhecimento prévio do sujeito é um ponto de partida para a estruturação das relações com os novos conhecimentos. Desse modo, a reflexão crítica pautada em experiências seria imprescindível para instigar autonomia e decisão (BORNSTEIN, 2007).

Para Freire, o que possibilita a ação livre e criadora é o desenvolvimento da consciência, com habilidade de perceber criticamente a realidade. Dessa forma, ele critica a educação bancária, a qual não consente a formação de consciência crítica, uma vez que os educandos, nesse caso, são apenas depósitos vazios para receberem conteúdos de domínio exclusivo do professor (FREIRE, 2014b; MENEZES; SANTIAGO, 2014).

A potência do curso foi despontada por esses movimentos de criação, seja nas caminhadas, onde os agentes de saúde iam falando do aprendido e apreendido nos momentos presenciais, mas também o que iam reverberando quando estavam inseridos numa dada situação. Seus corpos foram sendo atravessados e mobilizando de várias dimensões.

[...] eu passei a trabalhar com rodas [...] onde eu tô, naquela casa, e lá os visitantes chegam, os moradores vizinhos chegam, vão conversar, bater papo e aí eu levo os meus folhetos, né? E aí eu abordo o assunto do mês, aproveito que tá todo mundo ali, no cafezinho mesmo e aí a gente vai e leva o assunto de uma forma descontraída e, assim, eu faço o meu trabalho, eu trabalho com rodas [...] – (ACS BROMÉLIA).

O pensamento de Paulo Freire suplanta a concepção bancária da educação, desde o momento em que são criados os fundamentos para a educação libertadora, educação como prática da liberdade, com base na teoria da ação dialógica, que substitui o autoritarismo da educação tradicional que discrimina saberes em menores e maiores pelo diálogo dos diferentes espaços de vivências e de aprendizagens com saberes diferentes (FREIRE, 2014b; MENEZES; SANTIAGO, 2014).

Uma das importantes concepções da formulação do conhecimento é a lógica que vai sendo organizada pelo sujeito para compreender e elucidar o mundo. Com amparo nas experiências e desafios enfrentados, o sujeito organiza, como parte do processo de aprendizagem, sua reflexão crítica. Ao mesmo tempo, este fenômeno ocorre num âmbito

social que também faz parte da sua elaboração (BORNSTEIN, 2007).

A elaboração do conhecimento durante o EdPopSUS foi sendo organizada pelo agente de saúde, sujeito vivo em ato, ativo autor na sua aprendizagem, com a finalidade de compreender o mundo, a realidade concreta do seu cotidiano de trabalho, visto que a recomendação de Freire, de acordo com Lima (2014), é de uma educação fundamentada na formulação do conhecimento por meio de temas geradores da realidade e na “dialogicidade”, dando subsídio a esses educandos com meios práticos para o exercício da cidadania.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A metodologia engendrada no EdPopSUS e a produção de saberes e práticas oportunizaram inúmeras possibilidades para feitura de um trabalho vinculado à cidadania e à autonomia, assim como, reconhecimento da autoralidade de sujeitos, permitindo reflexões e construções de sentidos às situações vivenciadas no cotidiano e à problematização destas situações pautadas nas questões suscitadas.

As falas mostraram que a construção compartilhada do conhecimento e o compartilhamento de experiências entre os educandos consentiram a produção coletiva do aprendizado, no sentido de formulação conjunta com esses trabalhadores de estratégias de cuidados possíveis. O trabalho dos agentes comunitários de saúde encontrou espaços para diálogo, reflexão e crítica, talvez esta a maior potência de aprendizado revelada.

REFERÊNCIAS

- ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a estratégia saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 319-325, jan 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000100034&script=sci_arttext>. Acesso em: 04 de jun. 2014.
- BORNSTEIN, V. J. et al. Unidade de aprendizagem I: educação popular em saúde e o protagonismo dos sujeitos sociais. In: SANTOS, S. A.; WIMMER, G. (Orgs). **Curso de Educação Popular em Saúde**. Rio de Janeiro: ENSP, p. 98, 2013.
- BORNSTEIN, V. J. **O agente comunitário de saúde na mediação de saberes**. P. 231 Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2488/GM**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2011.
- DANTAS, D. S. G. **Lá vem bomba... maaaaais um enchimento de linguixa, foi isso que eu falei [...] porém a gente viu que foi uma coisa completamente diferente**: aprendizados do curso de educação popular e saúde. 2015. 84f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2015.
- DARON, Vanderléia. A Educação Popular em Saúde como referencial para as nossas práticas na saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **II Caderno de educação popular em saúde**. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 123-.
- DAVID, H. M. S. L.; BONETTI, O. P.; SILVA, M. R. F. da. A enfermagem brasileira e a democratização da saúde: notas sobre a Política Nacional de Educação Popular em Saúde. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 179-65, jan/fev 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672012000100026&script=sci_arttext> . Acesso em: 04 de jun. 2014.

FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade**. 23.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014a.

_____. **Pedagogia do Oprimido**. 57.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014b.

_____. **Pedagogia da Esperança: um reencontro com a Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

_____. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 49.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014c.

GALAVOTE, H. S.; PRADO, T. N. do; MACIEL, E. L. N.; LIMA, R. de C. D. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, jan 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 de mai. 2014. <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100026>>.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 33.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, p. 79-108, 2013.

LIMA, P. G. Uma leitura sobre Paulo Freire em três eixos articulados: o homem, a educação e uma janela para o mundo. **Pro-Posições [online]**, Campinas, v. 25, n. 3, p. 63-81, set/dez 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73072014000300004&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 de set. 2015.

LIMA, R. De cenopoesia e dialogicidade: da reinvenção da linguagem ao reinvento do humano. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **II Caderno de educação popular em saúde**. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, p. 191-193, 2014.

MACIEL, K. de F. O pensamento de Paulo Freire na trajetória da Educação Popular. **Educação em Perspectiva**, Viçosa, v. 2, n. 2, p. 326-344, jul./dez 2011. Disponível em <<http://www.seer.ufv.br/seer/educacaoemperspectiva/index.php/ppgeufv/article/view-File/196/70>>. Acesso em: 22 de set 2015.

MARTELETO, R. M.; DAVID, H. M. S. L. Almanaque do Agente Comunitário de Saúde: uma experiência de produção compartilhada de conhecimentos. **Interface (Botucatu) [online]**, Botucatu, v. 18, supl. 2, p. 1211-1226, dez 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000701211&lang=pt>. Acesso em: 12 de jun. 2015.

MENEZES, M.G. de; SANTIAGO, M.E. Contribuição do pensamento de Paulo Freire para o paradigma curricular crítico-emancipatório. **Pro-Posições [online]**, Campinas, v. 25, n. 3, pp. 45-62, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73072014000300003>. Acesso em: 22 de set. 2015.

MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 33.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, p. 108, 2013.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo, SP: Hucitec, 2014.

PICCININI, C. A.; SILVA, R. A. N. da. A ação dos Agentes Comunitários de Saúde e o trabalho vivo em ato. **Trab. educ. saúde [online]**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 361-379. Epub Apr 28, 2015. ISSN 1981-7746. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-7462015000200361&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 03 de ago. 2015.

QUEIROZ, D. M. de; SILVA, M. R. F. da; OLIVEIRA, L. C. de. Educação permanente com agentes comunitários de saúde: potencialidades de uma formação norteada pelo referencial da Educação

Popular e Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.18, supl. 2, dez 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000601199&script=sci_arttext>. Acesso em: 13 de jun. 2015.

SANT'ANNA, S.R.; HENNINGTON, É.A. Micropolítica do trabalho vivo em ato, ergologia e educação popular: proposição de um dispositivo de formação de trabalhadores da saúde. **Trab. Educ. Saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v. 9, supl.1, p. 223-244, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462011000400011&script=sci_arttext>. Acesso em: 04 de jun. 2014.

SANTOS, S.A.; WIMMER, G. (Orgs). **Curso de Educação Popular em Saúde**. Rio de Janeiro: ENSP, p. 98, 2013.

WEFFORT, F.C. Educação e Política: Reflexões sociológicas sobre uma pedagogia da liberdade. In: FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade**. 23.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, p.7-39, 2014.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Tradução de Daniel Grassi. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, p. 212, 2005.

ZORZANELLI, R.T.; ORTEGA, F; BEZERRA JUNIOR, B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1859-1868, jun. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000601859&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 de fev. 2017. <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014196.03612013>>.

(RE)CONSTRUINDO TRAJETÓRIAS DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS E FAZEM USO DE CRACK: A PROPOSTA METODOLÓGICA DO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO

Jhennifer de Souza Góis

Cybellle Façanha Barreto Medeiros Linard

Maria Salete Bessa Jorge

Roberta Sampaio De Brito Mamede

INTRODUÇÃO

A condição de viver com HIV/Aids e usar *crack* possui uma dinamicidade que requer um olhar minucioso. Qualquer visão reducionista que direciona seu olhar apenas ao evento viral e/ou ao ato de usar uma droga ilícita não abarca a peculiaridade desta relação. As experiências¹ de vida trazida por estes sujeitos são singulares e traduzem modos de viver que desafiam o campo da Saúde Coletiva.

¹ Nesse trabalho, a experiência é compreendida como a coemergência de si no mundo. O sujeito e o mundo não são considerados como entidades previamente definidas e preestabelecidas, pelo contrário, produzem-se mutuamente. Há uma coexistência através do conceito de estratégias de enação, o qual remete à ação, por em ato, efetuar (SILVA, et al., 2010). Este conceito remete às concepções fenomenológicas, de que não existe um mundo em si. Não há um mundo vazio lá fora, a partir do qual se cria e se produz matéria. Existe um mundo material, mas ele não possui nenhuma característica predeterminada. As estruturas não existem objetivamente, não há um território do qual se possa fazer um mapa. É a própria construção do mapa que cria as características do território (CAPRA, 1996).

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), em sua dimensão biológica, é uma infecção viral causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) que destrói os glóbulos brancos. No entanto, o vírus ideológico, que atinge, de modo geral, as pessoas soropositivas, e de maneira ainda mais perversa, as pessoas cujas experiências são afetadas pelos efeitos das hierarquias de classe, raça, gênero e orientação sexual, determina contextos de maior ou menor vulnerabilidade à epidemia e dificulta o acesso à prevenção e ao tratamento. As pessoas que usam drogas tem uma maior vulnerabilidade à infecção.

O consumo de substâncias cuja função é dar um estado passageiro de euforia, bem-estar e prazer, sempre esteve presente em todas as culturas humanas, sendo utilizadas tanto em cerimônias, rituais místicos/sagrados e em festividades sociais, quanto para amenizar a dor, para servir como tranquilizante e induzir alucinações. Desde os tempos mais remotos, os homens reconhecem esta propriedade singular nas bebidas alcoólicas e em plantas usadas até hoje para o mesmo propósito.

As relações sociais ou mais precisamente, as redes sociais definem a forma como a doença é compreendida, expressada e vivida pelos sujeitos. Nesse sentido, os itinerários terapêuticos (IT), como constitutivos do cotidiano, podem ser considerados como importantes ferramentas para compreender a trajetória na busca/produção de cuidado de pessoas que vivem com HIV/Aids e fazem uso de *crack*, principalmente porque refazer este percurso permite uma melhor visualização das reais necessidades que delineiam a vida destas pessoas.

Nessa perspectiva, este capítulo discutirá o IT como metodologia para (re)construir e compreender as trajetórias das pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA) e fazem uso de *crack* na busca/construção de cuidado. O uso deste tipo de metodologia objetiva mapear o caminhar destas pessoas; descrever as redes que integram esse processo e analisar como as pessoas que vivem com HIV/Aids e fazem uso de *crack* se produzem nessa trajetória.

A epidemia de HIV/Aids tem se modificado ao longo dessas três décadas, com transformações vivas que, quando atreladas ao uso de *crack*, assumem uma dimensão ainda mais complexa, principalmente pelas representações sociais envolvidas. Assim, a construção dos itinerários não pretende estabelecer “verdades” e/ou protocolos sobre como deve se dar a construção do cuidado dessas pessoas, mas tem-se como foco conhecer como estes se produzem e buscam cuidado nas redes vivas, formais e informais de cuidado. Compreende-se que se trata de um processo vivo, principalmente pela complexidade inerente à dimensão do viver.

A epidemia de HIV/Aids: vidas em movimento

Aids, em sua dimensão biológica, trata-se de uma doença causada pelo vírus da HIV, cuja patogenia consiste em fragilizar o sistema imunológico da pessoa por ele infectada. No entanto, o vírus ideológico, sustentado e disseminado pelo tripé estigma, preconceito e discriminação, é um dos aspectos que atravessa/dinamiza a condição de viver com HIV/Aids e nunca deixou de ser um obstáculo, fosse qual fosse o modo pelo qual o Brasil escolhesse enfrentar o problema (ABIA, 2015).

Desde seu surgimento, a epidemia da Aids, na década de 80, trouxe consequências nos âmbitos social, econômico e político. O fato da infecção pelo HIV ter sido identificada primeiramente em homossexuais originou a associação de Aids com homossexualidade, como se a doença fosse um castigo pela “sexualidade descontrolada” destas pessoas, sendo considerada por alguns como “câncer gay” ou “câncer dos homossexuais”. Os homossexuais foram considerados como um “grupo de risco”. Esta foi a primeira representação social criada para o fenômeno da Aids na década de 80, marcando a construção social e histórica da Aids (BARBARÁ; SACHETTI; CREPALDI, 2005).

A doença se propagou para outros segmentos da população que também eram/são considerados marginalizados, como os usuários de drogas, as prostitutas e os travestis. Este fato os incorporou nos “grupos de risco”, reforçando a ideia de que a Aids estava ligada à promiscuidade e à imoralidade (BARBARÁ; SACHETTI; CREPALDI, 2005). Em seguida, registra-se uma fase orientada pela perspectiva de exposição ao vírus HIV, ou seja, percebeu-se que a maior forma de transmissão se dava por meio do uso de drogas injetáveis (compartilhamento de seringas) e atingia um número cada vez maior de heterossexuais, adotando-se, então, o conceito de “comportamento de risco”. Na contemporaneidade, considera-se a suscetibilidade de todas as pessoas à infecção pelo vírus HIV. Assim, o conceito usado, hoje em dia, é o de “vulnerabilidade”, neste é reconhecido que a infecção não depende apenas da informação e da postura individual, mas de uma série de fatores que atravessam a vida desses sujeitos (GALVÃO, 2002).

Segundo dados mundiais do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS, 2016), atualmente, estima-se que 36 milhões de pessoas vivam com HIV/Aids. Destes, a América Latina possui, de maneira aproximada, dois milhões de casos. O Brasil apresenta o maior número de casos na América Latina com, aproximadamente, 842.270 notificações entre os anos de 1980 a junho de 2016, segundo Boletim Epidemiológico publicado anualmente pelo Departamento de IST/Aids e Hepatites Virais (DIAHV) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016).

No estado do Ceará, de 1983 a junho de 2016 foram notificados 16.790 casos de Aids. Os homens concentram o maior número de casos, com registro de aumento entre os homossexuais, passando de 24,8% em 2007 para 30,4% em 2015 (CEARÁ, 2016). O município de Fortaleza não dispõe de publicação anual de Boletim Epidemiológico de HIV/Aids, mas é possível observar o banco de dados ofertado pelo DIAHV em endereço eletrônico (<http://svs.aids.gov.br/aids/>). Entre os anos de 1980 a 2015, Fortaleza notificou 11.540 indivíduos com Aids, sendo 8.208 homens e 3.331 mulheres (BRASIL, 2015a).

A epidemia apresenta sinais de concentração em grupos populacionais específicos. O DIAHV alinhado à Organização Mundial de Saúde (OMS) nomeia de populações-chave (*key populations*) aqueles que apresentam maior risco de infecção pelo HIV, tais como homens que fazem sexo com homens (HSH), usuários de drogas, pessoas privadas de liberdade, trabalhadores do sexo e transgêneros (WHO, 2014).

A tendência brasileira da doença aponta para o aumento da incidência da Aids para as regiões mais distantes das metrópoles; é o denominado processo de interiorização. No tocante à interiorização do HIV/Aids no Ceará, 96% de todos os municípios cearenses já identificaram, pelo menos, um caso de Aids (PEDROSA et al., 2015).

Os dados revelam a complexidade para compreender e enfrentar a epidemia de Aids. Esta é envolta por questões que vão desde aspectos estruturais de organização de um Estado até elementos culturais, sociais e subjetivos que ultrapassam a caracterização biomédica de um evento viral. Seffner e Parker (2016) afirmam que conhecer a situação da Aids em um país é saber como operam as diferenças que posicionam as pessoas em diferentes lugares no tecido da vida social. Estas criam oportunidades para que alguns se infectem e outros não e para que alguns, depois de infectados, tenham acesso aos benefícios do tratamento em sua integralidade, enquanto outros conseguem um precário acesso a esses mesmos benefícios.

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido o principal pilar de sustentação do programa brasileiro de Aids. O surgimento deste coincidiu com o momento do início da epidemia, portanto, foi no interior do SUS que se concebeu a luta contra a Aids, por meio dos princípios da universalidade, equidade e integralidade, lançados desde seu surgimento. Cabe destacar a importância dos movimentos sociais na construção dos serviços existentes atualmente, bem como aqueles de iniciativa da sociedade civil.

A resposta brasileira à Aids foi reconhecida internacionalmente pelo envolvimento direto das populações mais

diretamente afetadas pela epidemia na condução/construção das políticas públicas. Atualmente, o investimento do DIAHV é concentrado na ordem biomédica difundida internacionalmente no “testar e tratar”, ou seja, disseminar o diagnóstico e oferecer o tratamento com os medicamentos antirretrovirais, desvitalizando as investidas de prevenção horizontais junto às populações-chave (SEFFNER e PARKER, 2016; GRANGEIRO; CASTANHEIRA e NEMES, 2015).

Os progressos terapêuticos e medicamentosos no tratamento às PVHA são visíveis e possibilitam importantes melhorias em sua qualidade de vida. No entanto, tais avanços ainda não conseguiram desconstruir os preconceitos relacionados a “grupos de risco”. Estes são mediados por percepções e valorações éticas, morais e religiosas e se baseiam em antigas metáforas da doença, associadas à sua natureza patogênica (desencadeada por um vírus transmissível) e às características sociodemográficas dos grupos populacionais mais vulneráveis (BRASIL, 2012).

De acordo com Parker e Aggleton (2003), do ponto de vista sociocultural, o estigma da Aids pode ser reforçado por outros estigmas relacionados a gênero, raça, orientação sexual, situação econômica e uso de drogas, entre outros. A partir desse panorama, tem-se aqui como peculiaridade a interação do estigma da Aids com o estigma do uso de *crack*, a qual dinamiza o viver com HIV/Aids e a busca por cuidado.

O caráter histórico do uso de *crack* e seu cenário contemporâneo

O consumo de drogas sempre esteve presente em todas as culturas humanas, sendo utilizadas tanto em cerimônias, rituais místicos/sagrados e em festividades sociais, quanto para amenizar a dor, para servir como tranquilizante e para induzir alucinações (BUCHELE& CRUZ, 2013). Supõe-se que desde o século XIX, a cocaína é utilizada tanto pela inalação como pela dissolução em água para sua injeção nas veias (CRUZ; VARGENS; RAMÔA, 2013). Existem ainda as formas de cocaína que podem ser fumadas, são elas: a merla, o oxi e o *crack*².

O *crack* é uma droga estimulante do sistema nervoso central (SNC). Após ser fumado, seu efeito é muito rápido e chega ao cérebro em torno de dez segundos. Geralmente, a sensação é de muito bem-estar (prazer, euforia, poder etc.), por, aproximadamente, cinco minutos, seguida, imediatamente, da sensação de desprazer e enorme vontade de reutilizar a droga (CRUZ; VARGENS; RAMÔA, 2013).

Os registros apontam que o *crack* surgiu por volta dos anos de 1984/85 em bairros pobres e marginalizados de Los Angeles, Nova York e Miami. Era utilizado em casas abandonadas e precárias denominadas *crack houses*. Os cristais da pedra, fumados em cachimbos, estalavam quando eram expostos ao fogo, daí originou-se o seu nome (PERRENOUD e RIBEIRO, 2012).

2 A merla (mela, mel ou melado) é a cocaína sob a forma de base ou pasta, um produto ainda sem refino e muito contaminado com as substâncias utilizadas na extração. O oxi, assim como o *crack*, também é vendido em forma de pedra. As duas drogas visualmente são quase idênticas. A diferença está, basicamente, nos ingredientes para produção. No *crack* eram adicionados éter, acetona e bicarbonato de sódio. No oxi, até onde se sabe, eram utilizados gasolina, querosene e cal virgem. Mas, hoje, alguns dos ingredientes do oxi já são utilizados na fabricação do *crack* (FIOCRUZ, 2011).

Os indícios sobre a chegada do *crack* ao Brasil, geralmente, se originam da imprensa e/ou dos órgãos policiais. As apreensões da droga tiveram início a partir dos anos 90 e se concentravam, inicialmente, na zona leste de São Paulo e, em seguida, na região da Estação da Luz, a conhecida *Crackolândia* de atualmente. O consumo se espalhou para outros pontos da cidade rapidamente, principalmente devido ao ambiente de repressão e de exclusão social concentrado no Centro de São Paulo (PERRENOUD e RIBEIRO, 2012).

As famosas “*crackolândias*” são espaços comumente encontrados nas grandes cidades, onde usuários se reúnem para usar o *crack*, dividindo as substâncias e os objetos de uso. Geralmente, são compostas por pessoas em situação de rua, as quais começam a formar grupos em espaços específicos para usar e compartilhar os insumos, onde também fazem cotas para comprar as drogas, denominadas por eles como “*intéras*” (QUINDERÉ, 2013).

Acioli Neto e Santos (2015) afirmam que não existe uma relação de causalidade entre o uso de *crack* e a vivência de rua. O consumo dessa droga é mais frequente em pessoas que vivem nas ruas, entretanto, os estudos mostram que seu uso não se limita mais às *crackolândias* e atinge as mais variadas classes socioeconômicas (RIBEIRO; NAPPO e SANCHEZ, 2012).

De acordo com pesquisa da Fiocruz, o Brasil possui cerca de 370 mil usuários de *crack* e/ou similares. As notícias veiculadas na mídia, principalmente a publicização das “*crackolândias*”, sugerem que a região Sudeste concentra o maior quantitativo de usuários de *crack* e/ou similares, po-

rém, as capitais da região Nordeste apresentaram o maior quantitativo de usuários: cerca de 150 mil pessoas (FIOCRUZ, 2012). A segunda edição da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE) aponta que Fortaleza é a capital nordestina com o maior percentual (3,8%) de estudantes do 9º ano do Ensino Fundamental que experimentaram *crack* dez vezes ou mais (IPECE, 2012).

No Brasil, prevalece o ideário de uma “sociedade liberta das drogas”. Visões simplistas, preconceituosas, dogmáticas e, até mesmo, moralistas ainda são reproduzidas em alguns discursos antidrogas e em alguns espaços sociais, como na mídia, em algumas esferas governamentais, em modos de intervenção profissional e no senso comum. Contudo, o caráter histórico, social e cultural das drogas aponta que nunca haverá uma sociedade sem drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas. O vínculo entre o homem e as substâncias psicoativas não é recente, é improvável que a humanidade abra mão dos elementos terapêuticos, místicos e prazerosos fornecidos por esses psicoativos há milênios (OLIVEIRA, 2012).

No cenário contemporâneo predomina uma visão determinista quanto às consequências que o consumo de *crack* pode trazer, homogeneizando as relações que os usuários mantêm com a droga, como se todos os efeitos do uso do *crack* fossem os mesmos para todas as pessoas que o fumam. Destaca-se que seus efeitos variam e são entrecruzados por dimensões subjetivas, culturais, econômicas e sociais. As formas de uso de substâncias psicoativas podem ser prejudiciais quando atingem padrões de utilização problemáticos que acarretam prejuízos biológicos, psicológicos e sociais.

Nesse contexto, o consumo de substâncias psicoativas tem sido considerado como um problema de saúde pública.

A divisão das drogas em ilícitas e lícitas resulta na concentração de perigo e pânico nas substâncias qualificadas como ilegais. Os problemas relacionados às primeiras são tratados de maneira preconceituosa, enquanto as propagandas de álcool, por exemplo, são colocadas em locais públicos e as de cerveja ainda são televisionadas. A mídia aponta para uma verdadeira “epidemia do *crack*” e confere ao *crack* o poder de um personagem dotado de vida própria, credenciado e habilitado para desmoralizar de forma estrondosa a sociedade, especialmente por sua capacidade destruidora. A demonização da substância e a culpabilização do indivíduo são legitimadas pelas notícias veiculadas (MEDEIROS, 2014).

A latinha de cerveja, recipiente que condiciona uma droga legalizada, é um dos principais instrumentos de uso de uma droga tida como ilegal, o *crack*. Denota-se, portanto, que o uso de drogas, no Brasil, ainda assume um caráter moralista, permeado por fortes interesses econômicos, políticos e sociais, os quais demarcam os estigmas reproduzidos. Há um apelo de que as drogas são o grande problema que aflige os seres humanos e as maiores responsáveis pelos graves problemas sociais e de saúde. A droga (ilícita) é enfatizada como a principal vilã e seu manejo está, prioritariamente, sob responsabilidade dos dispositivos repressivos do Estado (QUINDERÉ, 2013).

Consoante Acioli Neto e Santos (2015), na sociedade de normalização, o Estado prioriza um conjunto de conhecimentos e dispositivos de segurança destinados ao contro-

le das populações, convertendo a vida biológica em objeto do governo. Prevalece o poder de “fazer viver” e “deixar morrer”. Os autores remetem ao pensamento de Foucault (2005), para o qual esse modo de ação assegura ao Estado uma função assassina. A morte, nesse sentido, extrapola a ideia de um assassinato direto e abarca, também, vias indiretas: a exposição à morte, multiplicação de riscos ou morte política, expulsão, exclusão. Tais características evidenciam a operacionalidade dos mecanismos de exclusão do estado a partir da questão do uso de drogas, em particular do *crack*, principalmente pelos impactos da proposta repressiva em vigência na legislação. O discurso político institucionalizado se constitui enquanto uma matriz simbólica que se concretiza em práticas institucionalizadas e conforma dispositivos de produção de sentidos e marcações subjetivas.

Couto, Lemos e Couto (2013) destacam que se trata de uma construção da periculosidade que termina por sustentar a criminalização no âmbito das virtualidades dos “corpos” que utilizam drogas. A estigmatização das drogas e de seus usuários é uma ferramenta de ordenação da sociedade, de controle social.

Há um envolvimento maior de pessoas que usam *crack* com situações ilegais e de violência, no entanto, estas não são determinadas apenas pelo seu uso. Características individuais, aspectos sociais e culturais são indissociáveis da experiência que o indivíduo terá com o uso da substância. As discussões mais ampliadas sobre as dimensões socioeconômicas, jurídicas, culturais e subjetivas que perpassam o uso de *crack* são silenciadas pelo imaginário social em torno

do *crack*. Ressalta-se que a cena do uso da droga e seus agentes nunca são os mesmos, e isso não apenas no tempo, mas também nos diferentes espaços da cidade. Assim, como as formas de consumo e os produtos nunca são iguais, nesses espaços diferenciados (QUINDERÉ, 2013).

Se o uso de drogas é “indevido” e “indesejado” no Brasil, quando esse consumo se volta ao *crack*, o desejo é pela sua extinção, vista como a solução. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a usuários de Alcool e Outras Drogas (PMSAD), de 2003, reafirma o consumo de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública e reconhece a necessidade de superar o atraso histórico de assunção desta responsabilidade pelo SUS (BRASIL, 2003).

Preconizam-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), criados como serviços substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos na tentativa de resgatar a subjetividade e a história dessas pessoas. Para os usuários, cujo principal problema é o uso prejudicial de álcool e outras drogas, criaram-se os CAPS-AD (álcool e outras drogas) (BRASIL, 2003).

A política ratifica a perspectiva da Redução de Danos (RD), a qual se opõe aos modelos e às práticas que adotam o medo e o amedrontamento ou princípios morais como estratégia de combate ao uso de drogas e que associam o uso de substâncias psicoativas diretamente à marginalidade. A RD compreende a relação heterogênea entre os indivíduos e as substâncias psicoativas e tem o cuidado à saúde do usuário como foco principal, assim, são formuladas práticas que diminuem os danos para aqueles que usam drogas e para os

grupos sociais com os quais convivem. A abstinência é uma alternativa possível, mas não o único objetivo (ANDRADE, 2011). Todavia, mesmo preconizada em lei, trata-se de uma estratégia que ainda busca se consolidar nos espaços de cuidado destas pessoas, sobretudo por não ainda ser uma prática hegemônica e totalmente aceita socialmente.

Para Yasui (2006), a mudança do modelo de assistência a estas pessoas inclui necessariamente a reorganização da rede assistencial a partir de uma lógica territorial. Isso significa ativar os recursos existentes na comunidade e na rede para compor e tecer as múltiplas estratégias de cuidado. É um equívoco considerar que os CAPS AD consistem no único recurso de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Estas pessoas caminham por todos os serviços.

A interface entre viver com HIV/Aids e fazer uso de crack

Um estudo realizado pela Fiocruz (2013) constatou que a infecção pelo vírus HIV entre as pessoas que usam *crack* no Brasil é oito vezes maior do que na população em geral, aquela que não usa esta substância. Dentre os possíveis aspectos associados a essa maior vulnerabilidade à infecção pelo HIV, destacam-se: falta de uso de preservativo nas relações sexuais orais, vaginais e anais, 50%, 39,5% e 30%, respectivamente; e o compartilhamento de objetos para o consumo de *crack*, prática relatada por mais de sete em cada dez pessoas que o consomem regularmente³.

³ Por "uso regular" foi considerado um consumo da droga de menos 25 dias nos seis meses anteriores ao estudo (FIOCRUZ, 2013).

O risco de transmissão de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e HIV é ainda maior entre as mulheres que usam *crack*, já que elas, comumente, trocam sexo oral e desprotegido pela droga ou por dinheiro para conseguí-la, possibilitando o contato de suas feridas ao sêmen do parceiro (QUINDERÉ, 2013).

Segundo Perrenoud e Ribeiro (2012), as pessoas adeptas do uso da cocaína injetável passaram a optar pelo *crack* como alternativa com menos risco à contaminação pelo HIV. Alternativa que já não é considerada segura atualmente, sobretudo pela troca de sexo pela droga ou por dinheiro para obtê-la, situação que ocorre, geralmente, em momentos de “fissura”, nos quais as pessoas nem sempre praticam sexo de forma segura.

No Brasil, a taxa de prevalência de HIV na população geral é de 0,39%. Nas pessoas que usam drogas, estudos realizados em 2008/2009 apontaram uma prevalência de 5,9%. Quanto aos usuários de *crack*, pesquisa realizada pela Fiocruz em 2013 encontrou uma taxa de 5,0% (BRASIL, 2015b).

Ribeiro, Nappo e Sanchez (2012) elucidam que as pessoas que usam *crack* apresentam as maiores taxas de comportamento sexual de risco (múltiplos parceiros, sexo em troca de dinheiro ou *crack* e uso inconsistente de preservativos) e, também, são as que apresentam maior envolvimento com atividades ilícitas para obtenção de renda. Há também maior uso de álcool diariamente e mais sintomas depressivos. A saúde mental, também, aparece como complicação e o sofrimento psicológico é muito presente. O poliuso de drogas é comum e estas pessoas optam por lugares de uso

coletivo, como forma de evitar a violência e o estigma relacionado ao uso.

A não resposta à Terapia Antirretroviral (TARV) é extremamente comum em PVHA e fazem uso de *crack*. Isso se deve a não adesão ao tratamento; ao seu início tardio; às interações medicamentosas e à má absorção dos fármacos e/ou à resistência viral. Essa problemática faz com que essas pessoas sejam desproporcionalmente acometidas pelas doenças oportunistas. (AZEVEDO; MORAES, 2012).

É corriqueiro também que os usuários fiquem “internados” em espaços coletivos para uso compulsivo de *crack* por dias seguidos e fiquem sem se alimentar e bebendo pouco líquido (ALMEIDA, 2010). Essa situação fragiliza ainda mais a imunidade deles, a qual já está vulnerável quando infectada pelo HIV.

Para além dos dados epidemiológicos, viver com HIV/Aids e fazer uso de *crack* torna-se ainda mais peculiar devido à construção social e simbólica sobre a AIDS e as drogas na sociedade brasileira, as quais revelam a presença de um imaginário social negativo. Isto contribui para a reprodução do preconceito e do estigma na vida dos sujeitos afetados.

Os itinerários terapêuticos e a produção de outros olhares sobre as trajetórias das pessoas que vivem com HIV/Aids e fazem uso de *crack*

Os IT, como constitutivos do cotidiano, podem ser considerados como importantes ferramentas para compreender a trajetória na busca/produção de cuidado de

peessoas que vivem com HIV/Aids e fazem uso de *crack*, principalmente porque refazer este percurso permite uma melhor visualização das reais necessidades que delinham a vida destas pessoas.

A primeira concepção de IT se baseava na compreensão racionalista, voluntarista e individualista das escolhas dos sujeitos. Esta foi largamente criticada por fundamentar-se no pressuposto de que as pessoas realizavam suas escolhas em termos de custo-benefício. A segunda vertente, do “comportamento do enfermo” ou “*illness behaviour*”, pressupunha que a escolha por um tratamento é realizada racionalmente pelo indivíduo, com o objetivo de satisfazer suas necessidades. Esta impulsionou os estudos em direção à determinação dos fatores que ultrapassam a dimensão biológica da doença (valores culturais, socioeconômicos, estruturas familiares) na busca por respostas aos problemas de saúde (ALVES e SOUZA, 1999; MÂNGIA e MURAMOTO, 2008).

As primeiras reflexões acerca de IT, atreladas ao estudo sobre o “comportamento do enfermo”, consideravam que a escolha do tratamento seria determinada por uma lógica de consumo e recaía sobre aquele que apresentasse a melhor relação custo-benefício para o paciente. Estas teorias modificaram-se a partir de críticas a este modelo considerado utilitarista, o qual enfatizava ainda uma crença inquestionável no modelo biomédico e que as ações dos indivíduos na busca de cuidado deviam-se apenas às suas demandas por serviços do sistema de saúde (ALVES e SOUZA, 1999).

A inclusão de fatores culturais, cognitivos e sociais na análise do comportamento à procura de serviços e a

influência dos estudos sobre redes sociais trouxeram uma nova perspectiva à interpretação deste comportamento. A partir da década de 1970, os estudos etnográficos prestaram uma importante contribuição neste sentido. O exemplo mais significativo foram os conceitos de Modelos Explicativos (*Explanatory Models*) e de Sistemas de Atenção à Saúde (*Health Care System*) desenvolvidos por A. Kleinman (CABRAL, 2011). Esses modelos traziam concepções sobre a enfermidade e as formas de tratamento empregadas por todos aqueles engajados em um processo clínico e definiam qual setor do Sistema de Atenção à Saúde seria acionado no processo de cuidado. A partir de então, desenvolveram-se várias discussões sobre as diversas formas de interpretação dos IT (ALVES e SOUZA, 1999; LEITE e VASCONCELOS, 2006; GERHARDT, 2006; TRAD, 2010).

Duarte (1988) destaca que os grupos estudados elaboraram diferentes concepções sobre causas, sintomas, diagnósticos e tratamentos de doenças e, também, estabelecem convenções sobre a maneira como os indivíduos devem se comportar quando estão doentes. Segundo Alves e Rabelo (1998) a experiência da enfermidade é a forma pela qual os indivíduos se situam perante ou assumem a situação de doença e isto confere significados e desenvolve modos rotineiros de lidar com a situação. Dessa forma, as respostas aos problemas criados pela doença são constituídas socialmente e remetem diretamente a um mundo compartilhado de práticas, crenças e valores.

Pelo prisma socioantropológico, os processos pelos quais os indivíduos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinadas formas de tratamento são denominados de itinerário terapêutico. Assim, sustenta-se

na evidência de que os indivíduos e grupos sociais encontram diferentes maneiras de resolver os seus problemas de saúde. Denota-se, assim, que os estudos sobre itinerário terapêutico não devem se restringir a análise da disponibilidade de serviços, de seus modelos explicativos, tampouco da utilização que os indivíduos fazem das agências de cura. Estes elementos são insuficientes para a compreensão do complexo processo de escolha do tratamento, pois, faz-se necessário considerar o contexto sociocultural no qual o itinerário terapêutico ocorre (ALVES e SOUZA, 1999).

A literatura aponta que, na tentativa de resolver e/ou amenizar seus problemas de saúde, as pessoas são atravessadas por diversos contextos socioculturais e recorrem às diferentes alternativas de tratamento conhecidas, as quais são escolhidas pela capacidade de responder às aflições, à disponibilidade de recursos e à cura. A procura por tratamento produz-se junto às diferentes representações socioculturais de saúde-doença-cuidado construídas no universo no qual está inserido.

Trad (2014) corrobora estes aspectos ao afirmar que o IT é uma experiência vivida real na qual o indivíduo faz escolhas de atos e trajetórias que não compõem uma linearidade ou constância dos caminhos e escolhas, mas que poderão ser descritos posteriormente. Os IT são mediados, principalmente, por características estruturais e dinâmicas dos grupos, pelas experiências prévias com a doença, pelo suporte social oferecido pela vizinhança e pelas condições de atendimento do sistema formal no bairro. A compreensão dos IT, portanto, deve incluir o contexto da disponibilidade de serviços de saúde e as alternativas socioculturais nas elaborações e implementações das trajetórias.

Ao refazer o percurso do itinerário com o objetivo de interpretá-lo, tenta-se remontar ao passado para conferir sentido ou coerência aos atos fragmentados. Cabe destacar que a escolha e a avaliação do tratamento pelo indivíduo ou família são feitas com base em subjetividades, valores, crenças e experiências vivenciadas e influenciadas por relações intersubjetivas, nas quais a imagem acerca de um tratamento é construída dentro de uma rede de relações sociais (ALVES e SOUZA, 1999).

A condição de viver com HIV/Aids e fazer uso de *crack* requisita um olhar ampliado sobre os IT construídos na busca/produção de cuidado. Assim, devem-se colocar em evidência as experiências, as trajetórias e os projetos individuais formulados e elaborados dentro de um campo de possibilidades que é circunscrito histórico e culturalmente. A compreensão do itinerário não se limita apenas à apreensão e à descrição da disponibilidade e acesso aos diferentes níveis de atenção dos serviços de saúde. Esses aspectos são relevantes, mas são insuficientes diante da complexidade do processo de escolha de tratamento/cura pelos sujeitos.

Nesse contexto, Alves e Souza (1999) colocam que a análise dos IT não se reduz ao percurso que o sujeito percorre dentro da rede assistencial, aos seus “modelos explicativos” para o processo saúde-doença e à utilização que os indivíduos fazem pelas agências de cura. A sensibilidade cultural dos procedimentos e das práticas dos serviços de saúde, as singularidades das pessoas acometidas, os aspectos sociais, econômicos e outras dimensões contextuais, inclusive elementos relativos ao sistema de saúde, precisam ser considerados nesta análise (TRAD, 2014).

Pinho e Pereira (2012) enfatizam que, para além de uma separação rígida entre os setores, por exemplo, aquele referente às práticas formais da medicina e aquele referente às práticas religiosas do cuidado, no cotidiano dos atores envolvidos, os espaços e concepções encontram-se mais permeáveis e confusos. Existem pessoas que fazem uso de técnicas ultramodernas e rezam; fármacos associados a orações; apelo aos santos curadores e aos médicos; espaços assépticos hospitalares com capelas, aspectos que reforçam a multiplicidade envolvida nos IT.

Para Gerhardt (2006), além de revelar a diversidade e a pluralidade das escolhas, o IT evidencia as estratégias complexas dos atores sociais, a partir do universo sociocultural (individual e coletivo) em que se inserem e, sobretudo, do papel dos indivíduos enquanto sujeitos sociais. A individualidade e as experiências vividas posicionam o indivíduo como autor de sua própria história, mas esta relação insere-se em um macrocontexto, no qual o perfil da doença, o acesso econômico e as tecnologias disponíveis delineiam o caminho percorrido pelo indivíduo ao buscar solução para seus problemas de saúde. Assim, o itinerário permite analisar a capacidade individual de mobilizar recursos ou formular estratégias de enfrentamento de seus problemas do dia a dia e de suas necessidades elementares, sempre moldadas pela história de vida.

O conhecimento dos IT potencializa a organização das intervenções terapêuticas, o planejamento das ações e a articulação com os serviços. Permite, ainda, o reconhecimento das singularidades das famílias e dos sujeitos no processo de saúde-doença. Vasconcelos (2014) afirma que o IT possi-

bilita analisar a rede de apoio social acessada, os recursos materiais disponíveis (incluindo a composição da família, a condição econômica e os papéis familiares nos processos de escolha); as relações sociais, com ênfase na interação com os serviços formais e informais e a avaliação que se faz sobre os serviços utilizados; o acesso aos serviços formais de saúde; além da concepção do processo saúde-doença.

Segundo Oliveira (2009), a oferta ou disponibilidade de serviços não significa, necessariamente, o uso efetivo dos mesmos. Há de se considerar os vários obstáculos ou barreiras ao acesso e cuidados em saúde pelos quais passam as pessoas vivendo com HIV/Aids que fazem uso de *crack*, como, por exemplo, desigualdades socioeconômicas, dificuldades financeiras e de recursos sociais, barreiras geográficas e culturais, diferenças de gênero e o próprio estigma. Reconhecem-se as tensões contínuas (cotidianas) mobilizadas pelas interações entre distintos atores na vida dessas pessoas. Neste âmbito reside a importância de dar “voz” a estes sujeitos. Silva, Santos e Dourado (2015) assinalam que essas tensões que ocorrem no interior das práticas cotidianas mobilizam formas e estratégias diversas de ação para que ocorra um acolhimento melhor e um cuidado à saúde de forma mais integral, o qual considere as particularidades e necessidades específicas dos usuários.

As mudanças ocorridas no cenário atual da Aids a partir do avanço da TARV de alta potência também precisam ser consideradas. Tem-se a mudança de uma doença aguda para uma doença crônica, conviver com a Aids, portanto, tem implicado o uso persistente de medicamentos, com a possibilidade de efeitos colaterais, e uma constante interação

com profissionais de saúde. Essas mudanças acompanham repercussões psicossociais do HIV/Aids, as quais requisitam a necessidade de se compreender os processos cotidianos em torno da testagem, do diagnóstico e do tratamento. Além disso, há de se considerar os atores e as ações que podem facilitar, dificultar, mudar ou potencializar os rumos do cuidado (SILVA; SANTOS E DOURADO, 2015).

O uso de *crack*, em específico, singulariza a condição de viver com HIV/Aids. Ribeiro, Nappo e Sanchez (2012) afirmam que, geralmente, há uma perda da dimensão do “autocuidado” em momentos de uso contínuo de *crack*, principalmente, porque o padrão de uso mais presente entre as pessoas que o usam é o compulsivo, caracterizado por uso contínuo até a exaustão física. Todavia, já foram registradas pesquisas com pessoas que fazem uso da substância há décadas, fato que sugere uma possível adaptação desses usuários à cultura do uso de *crack*, por meio da qual foram desenvolvidas habilidades para lidar com a peculiaridade que o envolve. Os riscos no contexto do uso do *crack* são atravessados e interligados por muitas variáveis, principalmente quando se remete às PVHA.

Os programas de tratamento direcionados às pessoas que usam *crack* combinam os modelos biológico, psicossocial e espiritual e são, por vezes, permeados por aspectos moralistas. No cenário contemporâneo, tem-se o aumento exacerbado de comunidades terapêuticas, as quais têm como foco a abstinência total do uso de drogas e, para isso, opta-se por isolar os usuários. Para Acioli Neto e Santos (2015), as respostas institucionais para as pessoas que usam drogas, quando baseadas nos modelos biomédicos, religiosos e jurí-

dicos propõem, gerenciam e legitimam protocolos burocráticos e homogêneos para diferentes tipos de usuários. Assim, as práticas desprotagonizam os usuários, reproduzem atitudes discriminatórias e preconceituosas e reforçam a política proibicionista obsoleta.

Medeiros (2014) afirma que o “problema das drogas” desestabiliza e ameaça a ordem moral, a saúde e a segurança pública e, em decorrência disso, para o seu enfrentamento, foram instituídos modelos burocráticos institucionais e legislações específicas e rigorosas para o controle da produção, do comércio e do uso de determinadas substâncias. Essas medidas foram corroboradas pelo sistema médico que, por meio de estudos científicos, evidenciou as consequências provocadas para a saúde do indivíduo, principalmente nos casos de dependências, e dos perigos para a sociedade. Para Acioli Neto e Santos (2015), a representação das drogas trazida na legislação implica, ainda, na construção de um usuário que é delimitado como responsável por alimentar a criminalidade e/ou por sua incapacidade de decidir pela vida, assim, é uma ameaça que precisa ser controlada. É criminoso e/ou dependente, modelado precisamente dentro daquilo que a sociedade rejeita e clama por correção (ou morte).

Uma visão estreita sobre as dimensões que constituem a legislação supõe que esse processo se delimita ao campo jurídico. No entanto, estas rebatem nas práticas cotidianas, nos preconceitos e discriminações que conformam a realidade social. A vida acaba por se transformar em um objeto de manejo de práticas já instituídas. Medeiros (2014) afirma que a relação de saúde, geralmente, tem sido bem-sucedida

na perspectiva biomédica de medicalização. Nesta, geralmente, o outro é tomado como corpo biológico, dominado por um saber unidirecional e vertical que prescreve a ação/cooperação de quem está sendo tratado. Mais ainda, há uma iluminação que advém da técnica e define as condutas tidas como corretas para enfrentar determinado problema.

As instituições baseadas em suas representações sociais negativas sobre o uso de *crack*, estruturam-se para lidar com um indivíduo descuidado, descontrolado, perigoso, imoral e irresponsável. O “endemoniado” que precisa de controle é a principal demanda do usuário “craqueiro”, o qual é anulado pelas generalizações e rotulado por “problemático” e “culpado” por qualquer possível piora em sua situação de saúde (MEDEIROS, 2014). Não se tem como objetivo aqui culpar o profissional, pois ele acredita estar exercendo cuidado, principalmente porque se observa que a pessoa quer se livrar dos “sintomas” causados pelo uso de drogas. Enfatiza-se, sobretudo, que estes são atravessados por afetos/sentimentos/valores e por representações sociais que são reproduzidos no cuidado. A formação profissional é apenas um dos elementos que compõe a multiplicidade que perpassa a prática.

Desponta-se um questionamento: os modelos de atenção e as práticas de cuidado consideram as idiossincrasias das pessoas que usam *crack* e convivem com HIV/Aids? É indispensável ponderar sobre a produção do cuidado no contexto dessas pessoas, principalmente porque as medidas de intervenção, as respostas institucionais nos campos jurídico, médico, religioso e as reações da sociedade são reflexo das

representações sociais. Nestas, por vezes, há o imaginário de que se tratam de seres incapazes de produzir planos de vida.

Para além de um momento pontual em busca de diagnóstico e tratamento de HIV/Aids, é importante não perder de vista a ideia de cuidado como processo contínuo, coletivo, de muitos atores (profissionais, medicações, tecnologias, pessoas convivendo com HIV/Aids, entre outros), com suas imprevisibilidades e tensões, nas quais há tentativas, interferências, ajustes e novas tentativas (SILVA; SANTOS e DOURADO, 2015).

Nesse contexto, falar de IT é também falar de cuidado. Sob o prisma do senso comum, o cuidado está relacionado a recursos e medidas terapêuticas. Assim, este fica restrito apenas aos procedimentos técnicos que objetivam o bom êxito de um tratamento (AYRES, 2004a). Ao ser conceituado como um constructo filosófico, o termo cuidado é destacado como uma categoria que busca definir, concomitantemente, uma compreensão filosófica e uma atitude prática relacionada às ações de saúde que requerem uma ação terapêutica e que envolvem dois ou mais sujeitos. Essas práticas têm como objetivo o alívio de um sofrimento ou obtenção de bem-estar e é mediada por saberes relacionados a tal meta (AYRES, 2004b).

Ao discutir existencialmente o “cuidar”, Crossetti (1997) pontua que este é um processo dinâmico de movimentos de cuidados e cuidantes que estão juntos no ambiente de cuidar. A estrutura existencial do “cuidar” compreende as relações ambientais (organização e gestão do ambiente de cuidar), tecnológicas (procedimentos técnicos,

por exemplo) e pessoais (como a relação cuidado-cuidante, cuidado-família-cuidante, cuidante-cuidante). Assim, estes constituintes estruturais, com seus elementos, expressam o que é necessário para que aconteça o encontro entre cuidado e cuidante no mundo do cuidar.

A pessoa, por vezes, é deslocada do lugar do sujeito para o lugar do paciente – que tem paciência – que espera passivamente a decisão do profissional (*expert*), tido como o detentor do saber e produtor do cuidado “correto” (MEDEIROS, 2014). Sobre este aspecto, Ayres (2004a) enfatiza que o cuidado não é um processo que coloca o usuário numa situação passiva; pelo contrário, o cuidar deve favorecer a autonomia do usuário, contribuir para que este se torne sujeito de sua própria vida e, também, desenvolva o autocuidado. Merhy, Feuerwecker e Gomes (2010) reconhecem o usuário como agente ativo na produção de sua saúde e no encontro com os trabalhadores de saúde, diferentemente do lugar em que hegemonicamente se coloca o usuário, apenas como objeto das práticas assistenciais instituídas.

Nesse contexto, a literatura aponta que não se pode considerar apenas a tecnologia como forma de cuidado; tampouco não se pode focar nas relações existentes entre os sujeitos, como maneira única de cuidar. Carvalho e Merighi (2005) afirmam que, para cuidar não é necessário que se detenha o conhecimento científico. Um leigo, inclusive, pode realizar tal prática, pois as ações de cuidado implicam, além do conhecimento científico, empatia, escuta, paciência, zelo e contribuição na construção da autonomia. Merhy (2000) também considera que o cuidado vai além dos procedimentos técnicos, abrange as tecnologias duras (equipamentos

e instrumentos tecnológicos –instrumentos materiais), as leve-duras (compreendem os saberes estruturados, como a clínica e a epidemiologia) e as tecnologias leves (implicadas com a produção das relações entre os sujeitos).

Considera-se que os trabalhadores envolvidos também são redes vivas. A dimensão do cuidado, portanto, será analisada com a lente da micropolítica. Segundo Feuerwerker (2014), toda a produção dos homens no mundo é política e esta é, ao mesmo tempo, macro e micropolítica, fabricada pelo entrelaçamento dessas segmentaridades. No plano micropolítico é que se fabricam os territórios existenciais, nos quais ocorrem os processos de subjetivação. Merhy e colaboradores (2014) afirmam que trazer o micropolítico é trazer os lugares onde as existências furam os muros institucionais, conectando relações com o fora, que é constitutivo dos processos. É trazer o lugar dos processos de encontros e suas atualizações das relações de poder. É trazer a micropolítica do encontro e a produção viva das redes de conexões existenciais, multiplicidades em agenciamento.

A (re)construção dos IT permitirá delinear a busca/ produção de cuidado na vida destas pessoas, pois, de acordo com Gerhardt e Riquinho (2015), estes expressam a busca plural por cuidado e se referem às diferentes práticas em saúde e aos caminhos percorridos, nos quais se desenham múltiplas trajetórias (assistenciais ou não), em função das necessidades de saúde, das disponibilidades de recursos sociais existentes (redes sociais formais e informais).

As pessoas estão em permanente produção de vida, portanto, a construção dos IT pode ser considerada como

uma ferramenta potente para revelar as multiplicidades que a compõem. Ao não se restringir apenas ao percurso dentro da rede, os IT trazem à tona os aspectos micropolíticos que perpassam das pessoas que vivem com HIV/Aids e fazem uso de *crack*. Permite-se compreender como estas se cuidam e se produzem nos mais diversos encontros nas redes de cuidado (formais, informais e redes vivas), bem como as intensidades que atravessam as relações, as mediações e as trocas presentes nos caminhos que tecem essas trajetórias.

REFERÊNCIAS

ABIA. Associação Brasileira Interdisciplinar e AIDS. Observatório Nacional de Políticas de AIDS. O retorno do vírus ideológico. **Boletim ABIA, Nº 60**. Rio de Janeiro, 2015.

ACIOLI NETO, M. L. A.; SANTOS, M. F. S. As Máscaras da pobreza: o *crack* como mecanismo de exclusão social. **Revista Psicologia em Estudo**. v. 20 (4); p. 611-623, 2015.

ALMEIDA, R. B. F. **O caminho das pedras**: conhecendo melhor os usuários de *crack* do município de Recife – PE. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Universidade Católica de Pernambuco. Recife, 2010.

ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C. et al. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 125-38, 1999.

ALVES, P. C. & RABELO, M. C. Repensando os estudos sobre representações e práticas em saúde/ doença. In: ALVES, P. C.; RABELO, M. C. (Orgs.). **Antropologia da Saúde: Traçando Identidades e Explorando Fronteiras**, p. 107-121, Rio de Janeiro: Fiocruz/ Relume Dumará, 1998.

ANDRADE, T. M. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. Rio de Janeiro. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, n. 12, dez. 2011.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 8 (14), p. 73-92, 2004a. São Paulo.

_____. O Cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 13(3), p. 16-29, 2004b. FALTA A Cidade.

AZEVEDO, R. C. S; MORAES, M. J. HIV/AIDS e doenças sexualmente transmissíveis entre usuários de *crack*. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Orgs.). **O tratamento do usuário de crack**. Porto Alegre: Artmed, p. 57-73, 2012.

BARBARÁ, A.; SACHETTI, V. A. R.; CREPALDI, M. A. Contribuições das representações sociais ao estudo da Aids. **Revista Interação em Psicologia**. v. 9(2), p. 331 – 339, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais. **Indicadores e Dados Básicos do HIV/Aids dos Municípios Brasileiros**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2015a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST**. Brasília, 2015b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Atenção em saúde mental nos serviços especializados em DST/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, p.128, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BUCHELE, F.; CRUZ, D. D. O. Álcool e outras drogas: seus aspectos socioculturais. In: BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 5. ed. Brasília: SENAD, p. 96-109, 2013.

CABRAL, A. L. IV.; MARTINEZ-HEMAEZ, A.; ANDRADE, E. L. G.; CHERCHIGLIA, M. L. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. v. 16(11), p. 4433-4442, 2011.

CAPRA, F. **A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos**. São Paulo: Cultrix, 1996.

CARVALHO, M. V. B.; MERIGHI, M. A. B. O cuidar no processo de morrer na percepção de mulheres com câncer: uma atitude fenomenológica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 13(6), p. 951-9, 2005.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Núcleo de Vigilância Epidemiológica. **Boletim Epidemiológico de HIV/Aids**. Fortaleza/CE, 2016.

COUTO, A. B.; LEMOS, F. C.; COUTO, M. B. Biopoder e práticas reguladoras do uso de drogas no Brasil: algumas análises de projetos de lei. **Revista Polis e Psique**. 3 (2), p.132-150, 2013.

CROSSETTI, M.G.O. **Processo de cuidar: uma aproximação à questão existencial na enfermagem**. Tese de Doutorado Filosofia da Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), p. 164, 1997.

CRUZ, M. S.; VARGENS, R. W.; RAMÔA, M. L. Crack: uma abordagem multidisciplinar. In: BRASIL. Ministério da Justiça.

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção do uso de drogas**: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 5. ed. Brasília: SENAD, p. 194-213, 2013.

DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. **Doença, sofrimento, perturbação, perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 210. (Coleção Antropologia e Saúde), 1998.

FEUERWERKER, L. C. M. (Org.). **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde. Porto Alegre: Rede Unida, p. 174, 2014.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). **Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil**. Rio de Janeiro, 2013.

_____. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). **Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares nas Capitais do País**. Rio de Janeiro, 2012.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**: nascimento da prisão. 30. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

GALVÃO, J. **1980-2001**: uma cronologia da epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no mundo. Rio de Janeiro: ABIA, 2002.

GERHARDT, T. E.; RIQUINHO, D. L. Sobre itinerários terapêuticos em contextos de iniquidade social: desafios e perspectivas contemporâneas, 2015. In: TRAD, L. A. B.; JORGE, M. S. B.; PINHEIRO, R.; GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad Saúde Pública**, v.22, p.2449-63, 2006.

GRANGEIRO, A.; CASTANHEIRA, E. R.; NEMES, M. I. B. A re-emergência da epidemia de aids no Brasil: desafios e perspectivas para o seu enfrentamento. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v.19(52). São Paulo, 2015.

IPECE, Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará. Secretaria de Planejamento de Gestão. **O Uso de Drogas Ilícitas entre Estudantes do Ensino Fundamental em Fortaleza e demais Capitais Brasileiras**. Fortaleza: IPECE, 2012.

LEITE, S. N.; VASCONCELOS, M. P. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamento no cotidiano familiar. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 13(1), p. 113-128, 2006.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T. Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. **Rev. Ter. Ocup.** Univ. São Paulo, v. 19(3), p. 176-182, 2008.

MEDEIROS, R. Construção social das drogas e do *crack* e as respostas institucionais e terapêuticas instituídas. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.23(1), p.105-117, 2014.

MERHY, E. E.; GOMES, M. P. C.; SILVA, E.; SANTOS, M. F. L.; CRUZ, K. T.; FRANCO, T. B. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**. n. 52. Rio de Janeiro, 2014.

MERHY, E. E.; FEUERWECKER, L.; GOMES, M. P. C. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: FRANCO, T. B. (Org.). **Semiótica, afecção & cuidado em saúde**. São Paulo: Hucitec, p. 60-75, 2010.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v. 4(6), p. 109-6, 2000.

OLIVEIRA, C. J. O enfrentamento da dependência do Álcool e outras drogas pelo Estado brasileiro. IN: BRAVO; M. I. S.; VASCONCELOS, A. M.; GAMA, A. S.; MONNERAT, G. L. **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, p. 195-214, 2012.

OLIVEIRA, I. B. N. Acesso universal? Obstáculos ao acesso, continuidade do uso e gênero em um serviço especializado em HIV/AIDS em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25(2), p. S259-S268, 2009.

PARKER, R.; AGGLETON, P. HIV and AIDS Related Stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. **Soc. Méd. Science**. [S.l.], v. 57, p. 13-24, 2003.

PEDROSA, N. L. et al. Série histórica da AIDS no Estado do Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.20(4), 2015.

PERRENOUD, L. O.; RIBEIRO, M. História do consumo de *crack* no Brasil e no mundo. IN: RIBEIRO, M; LARANJEIRA, R (orgs.). **O tratamento do usuário de crack**. Porto Alegre: Artmed, p. 33-38, 2012.

PINHO, P. A.; PEREIRA, P. P. G. Itinerários terapêuticos: trajetórias entrecruzadas na busca por cuidados. **Interface - Comunic., Saude, Educ. Botucatu**. v. 16(41), p. 435-47, 2012.

QUINDERÊ, P.H.D. **A experiência do uso de crack e sua interlocução com a clínica**: dispositivos para o cuidado integral do usuário. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva. Universidade Estadual do Ceará (UECE), 232 p. 2013.

RIBEIRO, L. A.; NAPPO, S. A.; SANCHEZ, Z. V. D. M. Aspectos socioculturais do consumo de *crack*. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Orgs.). **O tratamento do usuário de crack**. Porto Alegre: Artmed, p. 33-38, 2012.

SEFFNER, F.; PARKER, R. A neoliberalização da prevenção do HIV e a resposta brasileira à Aids. In: **Mitos vs Realidade**: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016. SEFFNER, F.; PARKER, R Rio de Janeiro: ABIA, 2016. FALTAM os autores.

SILVA, L. A. V.; SANTOS, M.; DOURADO, I. Entre idas e vindas: histórias de homens sobre seus itinerários ao serviço de saúde para diagnóstico e tratamento de HIV/Aids. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 25 [3]: 951-973, 2015.

SILVA, A. E.; PASSOS, E. H.; FERNANDES, C. V. A. et al. Estratégias de pesquisa no estudo no caso da cognição: o caso das falsas lembranças. **Psicologia & Sociedade**. v. 22 (1), p. 84-94, 2010.

TRAD, L. A. B. **Itinerários Terapêuticos**: questões e enfoques presentes na literatura e um modelo holístico de análise com foco na cronicidade. Capítulo de livro em processo de revisão. EdUFBA, Salvador, BA, 2014.

TRAD, L. A. B. et al. Itinerários terapêuticos face à hipertensão arterial em famílias de classe popular. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26(4), p. 797-806, 2010.

UNAIDS. Global Aids Update, Switzerland, 2016.

VASCONCELOS, M. G. F. **Família e Atenção à Saúde Mental**: sentidos, práticas e itinerários terapêuticos. Tese (doutorado) – UECE, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2014.

WHO. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key population. Switzerland, July 2014.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Tese de Doutorado em Ciências na Área de Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro, 232 p, 2006.

ILSE MARIA TIGRE DE ARRUDA LEITÃO

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva associação ampla entre a Universidade Estadual do Ceará/Universidade Federal do Ceará/ Universidade de Fortaleza. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde. Líder do grupo de pesquisa: Gestão, segurança e processos de trabalho em saúde e enfermagem.

INDARA CAVALCANTE BEZERRA

Farmacêutica. Doutora e mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva associação ampla entre a Universidade Estadual do Ceará/ Universidade Federal do Ceará/ Universidade de Fortaleza. Pós-doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza.

MARIA SALETE BESSA JORGE. Enfermeira. Doutora e mestre em Enfermagem e pós-doutora em Saúde Coletiva. Professora titular na Universidade Estadual do Ceará. Bolsista de produtividade em pesquisa 1B/CNPq. Líder do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Família e Enfermagem.

ANA VALESKA SIEBRA E SILVA

Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo - USP, Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará (2002). Atualmente, é professora adjunto da Universidade Estadual do Ceará, atuando, principalmente, nos seguintes temas: Epidemiologia da saúde da criança, Saúde do recém-nascido, da criança e do adolescente, perinatologia, mortalidade perinatal, saúde da família, qualidade e avaliação nos serviços de saúde, cuidado clínico de enfermagem em terapia intravenosa. Professora do programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente (UECE). Tutora do PET Vigilância à Saúde - CCS/UECE.

ANDREA CAPRARA

Médico. Doutor em Antropologia pela Universidade de Montreal, Canadá. Professor adjunto, Departamento de Saúde Pública, Universidade Estadual do Ceará (UECE).

CARLIENE BEZERRA DA COSTA

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPSAC da UECE. Membro do Grupo de Pesquisa, Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem - GRUPSFE.

CYBELLE FAÇANHA BARRETO MEDEIROS LINARD

Farmacêutica. Mestrado em fisiologia. Doutora em ciências farmacêuticas. Pós-doutora em Saúde coletiva pela Universidade Estadual do Ceará-UECE. Docente do Mestrado Profissional de Gestão em Saúde- UECE.

DÉBORA SÂMARA GUIMARÃES DANTAS

Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (PPSAC-UECE). Possui Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva pelo mesmo Programa (PPSAC-UECE). Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE). Especialização em Saúde da Família pela Universidade Aberta do SUS - Universidade Federal do Ceará (UNA-SUS/ UFC). Especialização em Enfermagem Obstétrica pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE). Possui experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Planejamento e Gestão em Saúde, atuando, principalmente, nos seguintes temas: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde e Planejamento em Saúde.

DIEGO DA SILVA MEDEIROS

Sociólogo. Doutorando em Sociologia pela Universidade Estadual do Ceará. Especialista em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Membro do Grupo de Pesquisa, Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem - GRUPSFE.

EVELYNE VIANA DE FRANCA

Enfermeira. Especialização em andamento em Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Universidade Estadual do Ceará. Membro do Grupo de Pesquisa, Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem - GRUPSFE.

FERNANDO SÉRGIO PEREIRA DE SOUSA

Enfermeiro. Professor Assistente do Curso de Enfermagem (UFPI). Mestre em Saúde Coletiva. Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPSAC/UECE).

FERNANDO VIRGÍLIO ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA

Fisioterapeuta. Mestrando em Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará.

FIAMA KERCIA SILVEIRA TEÓFILO

Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará. Especialista em Enfermagem Pediátrica e Neonatal. Membro do Grupo de Pesquisa, Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem - GRUPSFE.

FRANCISCA GEISA DE SOUZA PASSOS

Mestranda de Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará, Especialista em Farmacologia Clínica pela Faculdade Ateneu, Graduada em Farmácia pela Universidade Federal do Ceará e Graduada em Gestão de Turismo pelo Centro Federal de Educação Tecnológica do Ceará.

JHENIFFER DE SOUZA GÓIS

Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Mestranda em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPSAC) da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Compõe a Comissão Organizadora do VER-SUS local Fortaleza. Membro do Grupo de Pesquisa, Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem - GRUPSFE.

ILSE MARIA TIGRE DE ARRUDA LEITÃO

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva associação ampla entre a Universidade Estadual do Ceará/ Universidade Federal do Ceará/ Universidade de Fortaleza. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde. Líder do grupo de pesquisa: Gestão, segurança e processos de trabalho em saúde e enfermagem.

ILVANA LIMA VERDE GOMES

Enfermeira. Pós-doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal Fluminense; Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Docente da Universidade Estadual do Ceará, coordenadora do comitê de ética em pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza e enfermeira - Secretária de Saúde do Estado do Ceará.

INDARA CAVALCANTE BEZERRA

Farmacêutica. Doutora em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva associação ampla entre a Universidade Estadual do Ceará/ Universidade Federal do Ceará/Universidade de Fortaleza. Pós-doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza.

JOÃO PAULO CAMELO MENEZES

Enfermeiro e acadêmico de Biomedicina na Universidade Maurício de Nassau (UNINASSAU). Mestrando em Saúde Pública também pela UECE.

JOSÉ WELLINGTON LIMA DE OLIVEIRA

Médico Sanitarista. Doutor em *Science Tropical Public Health*(Harvard University, USA). Professor Adjunto de Epidemiologia da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva PPSAC/UECE.

KATHERINE GERONIMO LIMA

Enfermeira. Especialista em Epidemiologia e em Saúde Coletiva. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual do Ceará.

LAYZA CASTELO BRANCO MENDES

Professora Adjunta do curso de Psicologia do Centro de Ciências Humanas da Universidade Estadual do Ceará (UECE); Doutora em Saúde Coletiva (2013) - UECE / sanduíche - University of Texas (UT) (2010.2 - 2011.1 - bolsa CAPES/Fulbright); Mestre em Psicologia (2007) - Universidade de Fortaleza (Unifor); Especialista em Psicologia da Adolescência - Unifor (2005); Especialista em Psicodrama Terapêutico e Socioeducacional - FIC (2005); Graduada em Psicologia - Universidade Federal do Ceará (2003).

LARISSA ALVES ALEXANDRE MOLITERNO

Fisioterapeuta. Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (2017). Membro do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidade e Enfermagem-GRUPECCE vinculado à UECE e tem interesse nas áreas de Saúde Pública/Saúde Coletiva, Doença Renal Crônica, Hipertensão, Diabetes, Epidemiologia descritiva e analítica, Metodologia da Pesquisa e Saúde.

LETICIA DE ARAUJO ALMEIDA

Farmacêutica. Especialista em Saúde Pública. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará - PPSAC.

MARIA LIDIANY TRIBUTINO DE SOUSA

Psicóloga. Especialização em Saúde Mental e em Saúde da Família. Mestrado em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará - Campus Sobral (2012). Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, Saúde da Família, Saúde Mental e Saúde Indígena

LÍVIA LOPES CUSTÓDIO

Psicóloga, graduada pela Universidade de Fortaleza. Bolsista CAPES. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará, Brasil. Integrante do Grupo de Pesquisa em Enfermagem no Cuidado à Saúde da Criança e do Adolescente - GEPCCA.

LOURDES SUELEN PONTES

Enfermeira, Mestre e Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Membro do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem - GRUSFE.

MARCELO GURGEL CARLOS DA SILVA

Médico epidemiologista do Instituto do Câncer. Mestre em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1982). Doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1990). Pós-Doutor em Economia da Saúde pela Universidade de Barcelona. Docente Adjunto do Curso de Medicina, do Programa de Pós-Graduação no Mestrado e Doutorado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará - UECE. Membro titular da Academia Cearense de Medicina e da Academia Brasileira de Médicos Escritores, e membro honorário da Academia Cearense de Farmácia e da Academia Cearense de Ciências.

MARCIA S. MENESES

Enfermeira. Mestre em Saúde coletiva pela Universidade Estadual do Ceará.

MARIANA POMPÍLIO GOMES CABRAL

Psicóloga. Pós-graduada em Saúde Mental pela UECE. Mestre em Saúde Coletiva (PPSAC/UECE). Professora substituta do Curso de Graduação em Psicologia-UECE.

MARIA RAQUEL RODRIGUES CARVALHO

Enfermeira. Mestre e doutoranda em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPSAC da UECE. Membro do Grupo de Pesquisa, Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem - GRUPSFE.

MARIA ROCINEIDE FERREIRA DA SILVA

Enfermeira. Líder do Grupo de Pesquisas Políticas, Saberes e Práticas em Enfermagem e Saúde Coletiva/CNPq. Coordenadora GT Educação Popular e Saúde da ABRASCO; Coordenadora Regional Nordeste 1; Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Regional Nordeste 1 Rede Unida. Doutorada em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará, Brasil.

MARIA SALETE BESSA JORGE

Enfermeira. Doutora em Enfermagem/ EERP-EEUSP. Pós-doutora em Saúde Coletiva /UNICAMP. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva- UECE Mestrado e Doutorado. Supervisora do Pós-doutorado, Líder do Grupo de Pesquisa Saúde, Mental Família e Enfermagem/CNPq. Pesquisadora 1B CNPq-Enfermagem.

MAURO SERAPIONI

Graduado em Ciências Políticas e Sociais pela Universidad de Bologna-Itália. Doutor em Ciências Sociais pela Universidad de Barcelona-Espanha. Pesquisador do Centro de Estudos Sociais, da Universidade de Coimbra, em Coimbra, Portugal. Professor visitante da Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual do Ceará - UECE. Docente do Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - MEPGES/UECE.

MONALISA RODRIGUES DA CRUZ

Graduanda em Enfermagem na Universidade Estadual do Ceará. Bolsista de iniciação científica e membro do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem – GRUPSFE, vinculado à Universidade Estadual do Ceará.

PAULA FRASSINETTI CASTELO BRANCO CAMURÇA FERNANDES

Médica. Mestre em Epidemiologia. Doutora em Medicina Interna e Terapêutica pela Universidade Federal de São Paulo e Universidade de Londres (1999). Fellow da Fundação Rockefeller-INCLIN (1994-1995). Fellow da Sociedade Internacional de Nefrologia (Guy's Hospital Londres, 1996-1997). Atualmente, é médica da Universidade Federal do Ceará-Preceptora da Residência Médica em Nefrologia e Chefe do Serviço do Sistema Urinário do Hospital Universitário Walter Cantídio-UFC (Unidade de Transplante Renal, Nefrologia, Hemodiálise e Urologia). Professora Adjunta Doutora do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Ceará (UECE), Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/PPSAC-UECE, Docente do Mestrado Profissional em Transplantes (UECE) e ex- Médica Diretora - Clínica Prontorim. Ex-Diretora do Núcleo de Medicina Baseada em Evidências - Unidade de Epidemiologia Clínica da Universidade Federal do Ceará (UFC). Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Nefrologia e Transplante Renal, atuando, principalmente, nos seguintes temas: glomerulopatias, transplante renal, insuficiência renal crônica, insuficiência renal aguda e epidemiologia clínica.

PAULO HENRIQUE DIAS QUINDERÉ

Psicólogo. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Professor Adjunto A-1 Curso de Psicologia da Universidade Federal do Ceará, Campus Sobral-CE. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Especialista em Saúde Mental pela Escola de Saúde da Família Visconde de Sabóia e Universidade Estadual Vale do Acaraú.

PEDRO BRAGA NETO

Médico. Especialista em Neurologia obtido em 2009 (Academia Brasileira de Neurologia-ABN), Doutor em Ciências na Área de Concentração em Neurologia pelo Departamento de Neurologia e Neurocirurgia da UNIFESP/SP (Título obtido em 02 de dezembro de 2011), Pós-Doutorado em Neurologia pela UNIFESP/SP (2015). Professor Adjunto do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Ceará e Professor Adjunto do Departamento de Medicina Clínica da Universidade Federal do Ceará, membro efetivo do Programa de Pós-Graduação de Ciências Médicas da Universidade Federal do Ceará e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará. Bolsista de Produtividade do CNPq nível II. Chefe do Serviço de Neurologia e Neurocirurgia do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) /Universidade Federal do Ceará (UFC).

ROBERTA SAMPAIO DE BRITO MAMEDE

Especialista em Serviço Social, Políticas Públicas e Direitos Sociais pela Universidade Estadual do Ceará - UECE (2013) e em Saúde da Família pela FACULDADE UNYLEYA (2017). Possui graduação em Serviço Social pela UECE (2007). Tem experiência nas áreas de Gestão em Saúde, Saúde Mental, Atenção Primária em Saúde, Gestão da Política de Assistência Social e em docência no Serviço Social.

SÔNIA SAMARA FONSECA DE MORAIS

Enfermeira. Especialista em Gestão e Assistência em Saúde da Família. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva-UECE.

THAÍS LUNA ALENCAR ARARIPE LESSA

Fisioterapeuta. Mestranda em Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará.

TULIO BATISTA FRANCO

Professor Associado de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense (UFF).

PROIBIDA A DIVULGAÇÃO
REVISÃO DO AUTOR

PROIBIDA A DIVULGAÇÃO
REVISÃO DO AUTOR